El Sida en México: Los Efectos Sociales

coordinador: francisco galván díaz





EL SIDA EN MEXICO

Los efectos sociales





Diseño de la portada: César Garber
Cuidado de la edición: Luz Adriana Robledo Valencia
Producción editorial: Tipografía, Diseño e Impresión,
S.A. de C.V.

Primera edición: octubre de 1988

ISBN 968-407-017-9

Impreso y hecho en México

INDICE GENERAL

II

III

IV

V

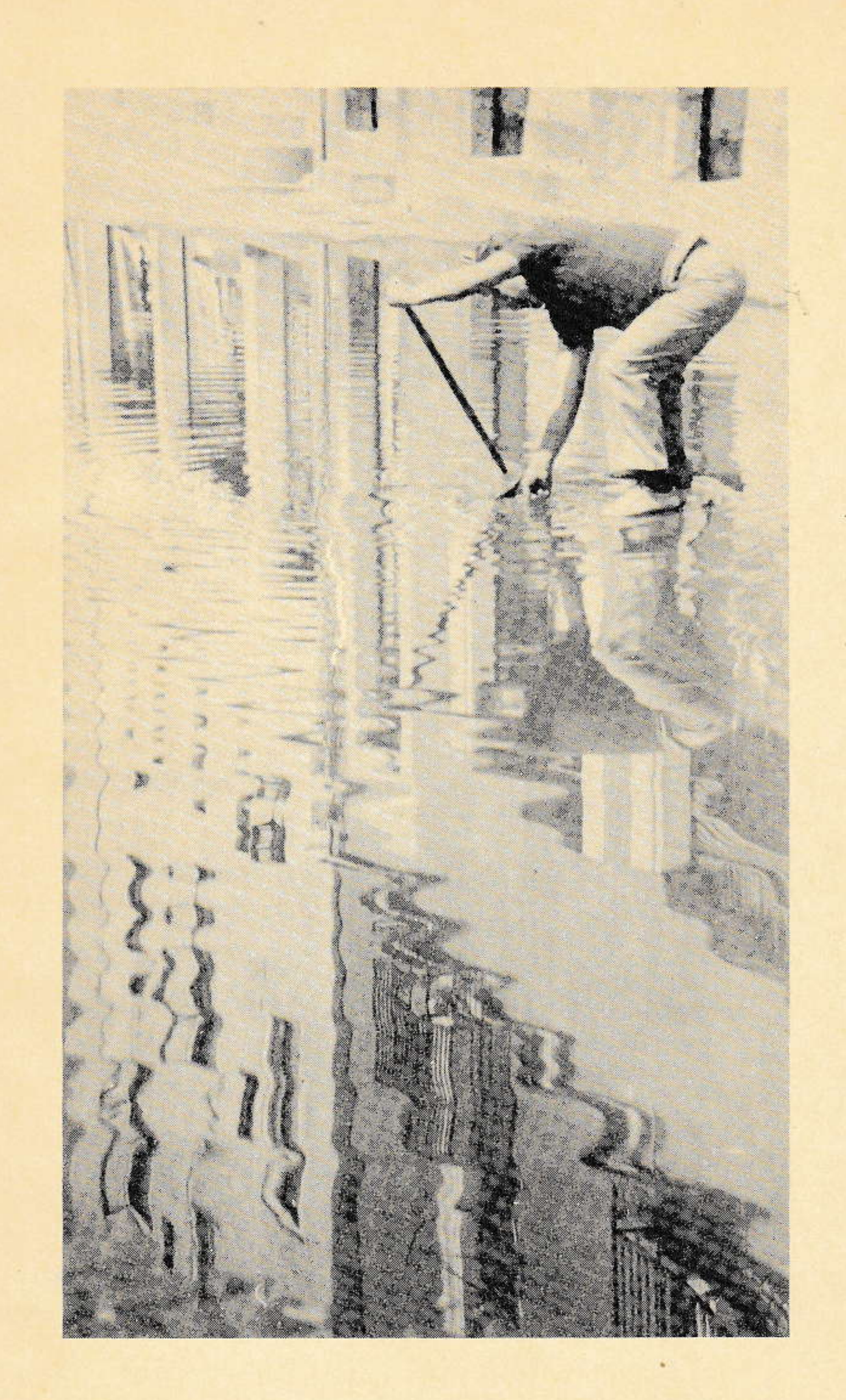


Foto de Estanislao Ortiz

PROLOGO

Todo libro tiene una historia y éste no es la excepción. Es producto de la circunstancia de ausencia y necesidad de un debate público sobre uno de los problemas sociales mas sofisticados, mortales y dramáticos que experimenta la sociedad mexicana: **el SIDA**. Por la manera como se gestó la idea de producirlo, también es una especie de eco de las grandes discusiones públicas en torno a esa enfermedad, que tienen lugar en otras latitudes (europa occidental y EUA); donde funcionarios gubernamentales y no sólo del *sector salud*; empresarios, sacerdotes y miembros de las élites eclesiásticas; partidos políticos y legisladores; exponentes de los nuevos sujetos sociales, ecologistas, homosexuales y feministas, luchadores por la paz, y hasta enfermos y *seropositivos** afectados por el VIH**, toman parte en el debate. Allá ha comenzado a madurar un escenario de la opinión pública en el cual convergen y concurren múltiples ideas, encontradas o no. Aquí, con este libro, se estaría buscando crear algo semejante, aunque peculiar, siguiendo la ruta de una *estrategia ilustradora,* buscando influir mediante la crítica en los espacios del poder: para que realmente se den los pasos y se tomen las medidas globales preventivas del *síndrome de inmunodeficiencia adquirida*; para despertar la solidaridad social —estatal y privada— con los enfermos y sus familiares; para desestructurar un conjunto de estereotipos y mitos que se fueron creando conforme la enfermedad transitaba de mal de unos cuantos a epidemia, y de ahí a pandemia.

* Se utiliza como sinónimo de "portador" y viceversa. Es un individuo que tiene contacto con el VIH, que está infectado, pero no está enfermo. Incluso, puede ser asintomático. En esta condición se puede mantener varios años y no necesariamente va a convertirse en un enfermo, es decir, en alguién que desarrolla las características del SIDA.

** Siglas que se usan para referirse al virus de la inmunodeficiencia humana.

Son muchos los factores que motivaron a pensar en las virtudes del debate, que no del diálogo centrado en el significado médico (exclusivo) o fisiobiológico del SIDA, y sí de la discusión sobre su sentido social, socio-cultural y político, y por lo tanto, personal. Entre ellos destaca la ilusión del recuerdo nebuloso de las movilizaciones, las tomas de conciencia y los haceres discursivos en torno al terremoto de 1985: la suposición ya desechada de que ante el SIDA ahora si habríamos asimilado colectivamente, pueblo y gobierno, la semántica de las catástrofes.

Es necesario conocer socialmente a la enfermedad y sus efectos. Esto pasa por la crítica y la modificación de muchas actitudes individuales, que solo se transformarán si en ello se asume una responsabilidad que no se deja absolutamente en manos de los particulares.

Hoy, los datos que emergen de la dramaturgia cotidiana del SIDA en México, obligan a participar con el ensayo en la creación de un espacio público mas atento a las necesidades y derechos de las mayorías y minorías. Se requiere poner entre signos de interrogación al *escenario* construido, a eso que en parte se resume en los altibajos informativos y desinformativos de los medios escritos y electrónicos; pero también, en la insuficiente **ilustración** pública en torno al SIDA, en la ignominia gubernamental de una deficiente e inadecuada atención en casi todos los hospitales públicos y en una profunda incomprensión de sectores tradicionalistas para con los afectados. Es esta la llave que abre la puerta a un proyecto colectivo que hoy ve luz a través de estas páginas.

De enero, cuando practicamente se cerró la recepción de materiales, a mayo, en que terminamos de cumplir con los últimos requisitos para su publicación, han ocurrido muchas cosas en torno al SIDA en México. Ahora sabemos que ya son más de 1500 los casos de enfermos constatados, de ellos con seguridad alrededor del 35% han muerto y oficialmente se dice que para antes de 1991 serán muchos más de 35,000.

Los hechos se dan así, en un país en donde parece que sólo tenemos entre 70 y 80 mil camas para dar atención a pacientes que requieran estar internados a causa de cualquier enfermedad y en donde la potencialidad letal del SIDA aumenta si se considera un conjunto de factores que bien perfilan nuestra identidad cotidiana: desnutrición generalizada, decadencia ecológica y fisuras en el equilibrio psico-social e individual; desempleo y subempleo; problemas habitacionales, de agua y drenaje; raquitismo educacional, etcétera. Por si fuera poco, se cuentan ya más de 100,000 *portadores* o *seropositivos* y es una constante que la prevención por

parte del gobierno es aún insuficiente, con todo y que dispone para este y otros asuntos de un tiempo gratuito en las grandes redes de comunicación electrónica de masas, equivalente al 12.5% del total del tiempo de transmisión.

No obstante, en marzo se inició —con bombo y platillo— una campaña preventiva, de *promoción del condón,* que nunca llegó a alcanzar la intensidad requerida, pues abruptamente se interrumpió, sin que las autoridades hayan dado explicaciones convincentes a la sociedad, de los motivos que las llevaron a cancelar la decisión inicial.

El ejecutivo federal sigue sin entender que la eficacia en sus investigaciones epidemiológicas y la proyección publicitaria de distintos funcionarios del sector salud; así como la ausencia total en la *esfera de lo público* de otros que deberían estar, no basta para prevenir socialmente la infección por el virus del SIDA.

Por su parte, los sectores de la derecha más fundamentalista que se han pronunciado de formas varias contra la publicidad masiva del condón, no acaban de comprender que el SIDA mata y el condón preserva la existencia, con lo cual militan opuestos a lo que dicen defender: la salvación de la integridad humana y de la persona.

Sin ser una panacea contra el SIDA, el condón enla *lógica del sexo seguro* es el único medio mecánico con mayores probabilidades de prevenir el contagio del virus del SIDA, cuando se tienen relaciones sexuales y se le usa adecuadamente. Otra opción sería la abstención sexual. El desenvolvimiento de una sexualidad plena se contradice respecto de una alternativa sexoabstencionista. Por ello, para evitar enfermarse de SIDA, contagiarse por el VIH o de cualquier mal venéreo, con este libro se quiere demandar el derecho de la población mexicana, a ser enseñada, adiestrada, en el uso correcto del condón. De nuevo, muchas voces reclamamos, insistimos, en que el gobierno continue la campaña del condón fundándose en el derecho, en las armas de la razón y en un muy amplio debate público.

Nos abstenemos de resumir el contenido de las páginas que siguen, como tradicionalmente se acostumbra en estos menesteres, porque estamos convencidos de que cada lector debe sacar sus conclusiones particulares y hacer su propio resumen. Sin embargo, queremos enfatizar el hecho de que los ensayos no pretenden tener una unidad teórica en la cual se orientaran ni son tampoco resultado de una discusión entre los autores: algunos de ellos ni siquiera se conocen entre sí. Casi todos responden a una pretensión propuesta por el coordinador: a la urgencia de intervenir para abrir mayores cauces de discusión sobre un asunto de interés nacional, del SIDA

como problema social/cultural/político. Son, si así se quiere, ensayos de **entrada a** y no de **llegada de** la investigación. Adelantos en la búsqueda de explicaciones para un problema pensado desde la perspectiva de las ciencias sociales, del ejercicio periodístico y del ensayo en el terreno literario.

Este libro tenía un cuerpo algo diferente a lo que se publica. Su proyecto original era infinitamente mas ambicioso. Se procedió formulando un listado de probables temas de ensayos y de sus posibles autores. La ocurrencia y la curiosidad dieron lugar a 34 proposiciones que se encargaron a partir de agosto-septiembre de 1987. Para llevar adelante el proyecto se invitó a trabajar al Maestro Roberto González-Villarreal, quien al principio colaboró entusiastamente y hacia diciembre renunció obligado por la intensificación de sus deberes académicos. En enero, cuando se recibió la última de las colaboraciones, Max Mejía aceptó asistirnos en la labor inicial de revisión de lo recibido y proporcionándonos sugerencias para lo que fue el primer orden de presentación de materiales. Posteriormente, Luz Adriana Robledo Valencia accedió a participar, junto con los responsables de la editorial, en el control del proceso de edición técnica. Sin lugar a dudas todo esto facilitó las cosas.

Además de los ensayos encargados, se pidieron colaboraciones de fotógrafos, pintores, caricaturistas, dibujantes, poetas, etcétera. Recibimos mucho material, aunque no todo lo que se esperaba. Un buen número de ensayos se quedaron como promesa y otros no satisfacieron nuestras expectativas. Algunos de ellos deberían haber estado relacionados con el tratamiento de enfermos en hospitales públicos***, encuestar opiniones en torno al SIDA de representantes de sindicatos, partidos y diferentes corporaciones, etcétera. Desafortunadamente, junto con esa promesa no cumplida, también se quedan sin publicar en esta edición, la mayoría de los trabajos gráficos y todos los de poesía recibidos. La restricción del gasto público afectó directamente el presupuesto universitario y sólo alcanzamos a editar este material gracias a la coedición del mismo con Ediciones de Cultura Popular, S.A., de otro modo no hubiera sido posible. A Antonio Salazar, Arturo Córdova Just, Antonio Moreno Paniagua, Víctor M. García, Humberto Alvarez y Braulio Peralta, debemos la preocupación en el material gráfico y de poesía, lamentamos no haberlo podido editar como previmos.

Sin el apoyo mecanográfico y la paciencia extraordinaria de la

*** En el último momento, ya avanzado el proceso de edición decidimos incorporar los trabajos de Rubén Alvarez, Lourdes Cárdenas y Luz Adriana Robledo Valencia por considerarlos de interés testimonial en el seguimiento de "seropositivos" y en el tratamiento de "enfermos" de SIDA, en algunos de los hospitales públicos del país.

Sra. Gloria Rodríguez, este libro no hubiera sido posible, por ello, nuestro agradecimiento. Muchas otras gentes estuvieron involucradas emocionalmente en este esfuerzo. De ellas, a la cabeza, Federico Luna Millán y la inolvidable Marta Aurora Espinosa. Alejandro Reza, José Cuellar, Mario Salgado Ruelas, Dagmar Freisinger, Michael Knapp, Alejandro Rodríguez Vicencio, Mirna Cordero P., Francisco Padua, Virginia Sánchez Rubio, Rodolfo Soriano y el recuerdo de muchos amigos idos, también dieron lo suyo.

Las autoridades de la Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, la *Dra. Silva Ortega,* directora de la División de Ciencias Sociales y Humanidades; el *licenciado Adrian de Garay,* jefe del Departamento de Sociología; el *Maestro Manuel Gil Antón,* coordinador de la Licenciatura en Sociología, contribuyeron decisivamente en el curso de este proyecto editorial. Hago un reconocimiento público de sus esfuerzos para que este libro se publicara, en especial en el marco de las difíciles condiciones presupuestales en que tiene lugar su gestión; pero por encima de esto, por la claridad y el compromiso que hay en ellos, respecto de la necesidad de apoyar universitariamente proyectos como el que cristaliza este libro y otros como el de Servicio Social: *Las transformaciones de la identidad del SIDA en la comunidad UAM-A,* que aprobó el Consejo Divisional en abril pasado.

mayo de 1988

francisco galván díaz

Amenaza la Oposición

LLORA SANGRE

UNA VIRGEN

LA MULTITUD SE AGOLPA ANTE ELLA!

Sidosos

Dona sangre

¿En verdad quieres saber qué hacer?

10 MILLONES CON SIDA EN 98

SEXO

¿SUI "SIDA" O SIN RIESGO?

Peligro: automóvil con SIDA

Inundaciones en 17 Estados y el DF; hay 27 Muertos y Daños

EXCELSIOR

¡Vacuna Antisida

La Oposición, Inmoral y Perversa; Calumnia y Miente

El Sol de México

cuestión

ASI SON LOS SIDOSOS

DLM contra la anarquía y por una presidencia democrática

Contra el SIDA Sólo Fidelidad y Abstinencia

NOS MATA LA INFLACIÓN

Sangre con Sida

DICE EL ELEGIDO DE DIOS

REPUDIO MUNDIAL A HOMOSEXUALES!

¡Sidosos Violan a Niños!

Varios Menores Infectados; el Terrible mal se Dispersa con Rapidez

TAC, TAC TAC...

Las focas del Báltico mueren por virus similar al Sida

Alarmante el Crecimiento de

Razzia de "Gays"

ALARMA!

UN PROBLEMA SOCIAL Y MORAL

'GAYS' Y LESBIANAS SON CURABLES...!

PUEDEN VOLVER A UNA VIDA NORMAL

VIOLÓ A SUS TRES HIJAS

Prejuicios y Pánico Aíslan a los Sidosos

Sin Limitaciones: Secretaría de Salud

CAMPAÑA CONTRA EL SIDA

Cinco mujeres en concierto para lucha contra el Sida

SEXO, VICIO, MUERTE

GRÁFICO

Casos de SIDA en niños de 5 años

¡PÁNICO POR EL SIDA!

incertidumbre política y conflicto a la vista

LOS HOMOSEXUALES SE REPRODUCEN SIN TEMOR AL CONTAGIO DEL SIDA

ENTRE LOS GALANES DEL CINE

SENTENCIA

¡VAYA SUERTE DE LILOS!

ESCANDALOSA CAMPAÑA EN EUROPA

¡LAS LESBIANAS NO TRANSMITEN EL SIDA!

DESCUBREN UNA VACUNA CONTRA EL SIDA

Diseño de Federico Luna Millán

SIDA: HISTORIAS EXTRAORDINARIAS DEL SIGLO XX

max mejía*

EL MAL MAS POLITIZADO DE LA HISTORIA

UN DIAGNOSTICO CIENTIFICAMENTE SOSPECHOSO

Los médicos lo dijeron primero, los medios lo distribuyeron y los pueblos vivieron el miedo y la fantasía.

La historia se remonta al año de 1981, a los Estados Unidos de Norteamérica: Los Angeles, San Francisco y Nueva York. Un inmunólogo de la Universidad de California, el doctor Michael Gottlieb, fue el primero que dió cuenta de los extraños acontecimientos: en un lapso de tres meses supo lo que vendría. Cuatro pacientes suyos afectados por una rara infección pulmonar —Neumonía por Pneumocystis Carinii—, que usualmente afecta a personas con cáncer y receptores de trasplantes, pero que ahora afectaba a personas que habían gozado de excelente salud[1]. La sorpresa del doctor Gottlieb fue mayúscula: sus cuatro pacientes tenían su sistema inmunológico severamente deprimido y una característica en común: *los cuatro eran hombres jóvenes, de alrededor de 30 años y homosexuales*[2]. El doctor Gottlieb fue de sorpresa en sorpresa. Se-

*Agradezco a Francisco Galván Díaz por las discusiones y sugerencias para las distintas versiones de este ensayo y por su apoyo en relación a las cuestiones técnicas del mismo. A David Thorstad también mi reconocimiento por los estímulos que se desprendieron de la lectura de sus materiales y artículos, de nuestra correspondencia y conversaciones.

[1] *Time*, agosto 12, 1985.
[2] Ibid.

gún lo confesó a la revista *Time,* cuando recibió el tercer caso supo que el asunto era novedad, así que con el cuarto no le cupo ya la menor duda: cayó en la cuenta de que estaba asistiendo a una revelación médica[3]. Confirmada ésta, el doctor Gottlieb hizo lo que tenía que hacer: notificar su descubrimiento a las autoridades de Salud.

En Nueva York, mientras tanto, ocurrían otras tantas revelaciones. El doctor Alvin Friedman-Kien descubría a un paciente con Sarcoma de Kaposi, un raro cáncer de origen mediterráneo, nada común en gente joven, pero que en esta ocasión afectaba a un paciente muy parecido a los del doctor Gottlieb: *un hombre joven de alrededor de 30 años, y homosexual*[4]. Y al igual que el doctor Gottlieb, el doctor Friedman-Kien pasó de la sorpresa a la confirmación y a la notificación de sus casos a las autoridades de salud.

El Centro de Control de las enfermedades de Atlanta, quedaba notificado, y en junio de 1981 expedía su primer informe sobre la novedad médica. La respuesta no se hizo esperar de otros doctores de Los Angeles, San Francisco y Nueva York: más casos de Neumonía por Pneumocystis Carinii y más casos de Sarcoma de Kaposi, y más características comunes de los pacientes: *hombres jóvenes, de alrededor de 30 años, y homosexuales*[5].

Los médicos estaban asombrados, como es lógico; sino sabían absolutamente nada acerca de la enfermedad y no sabían más que los pacientes: su edad, su sexo y su preferencia sexual. Estaban, y así lo reconocían, frente a una enfermedad nueva, de la cual desconocían todo: causas, síntomas, origen, historia, nombre, etcétera. Ellos sólo sabían que estaban ante una revelación médica. Pero, no obstante que lo ignoraban todo, los médicos no se iban a quedar con los brazos cruzados: si la enfermedad era indescifrable, sus víctimas no lo eran: eran homosexuales, dato más que suficiente para establecer el diagnóstico implacable: "Gay Related Inmonudeficiency" (GRID).

Como lo escribieron Luc Montagnier, Jean Baptiste Brunet y David Klatzman:

> La acumulación de casos parecidos en hombres jóvenes sin antecedentes patológicos ni de tratamiento susceptible de explicar una inmunodepresión, pero copartícipes de un criterio común de comportamiento sexual,

[3] Ibidem.
[4] *News Week,* agosto 12, 1985.
[5] *Time,* agosto 12, 1985.

> era desconcertante en extremo... A partir de esas observaciones, en el espacio de unas pocas semanas se había constituido una nueva entidad médica llamada GRID, por Gay Related Inmunodeficiency[6].

Y divulgó en su momento la revista *Time:*

> Para agosto, a menos de tres meses de su primer reporte, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta entraba en conocimiento de más de cien casos de lo que ya estaba siendo divulgado como la *plaga gay;* no obstante el hecho de que por lo menos seis pacientes decían ser heterosexuales y uno mujer[7].

Establecido el primer diagnóstico médico, *Inmunodeficiencia Relacionada a la Homosexualidad,* la especie se proyectó como reguero de pólvora por todo el mundo: de las agencias noticiosas a la TV, periódicos y revistas norteamericanas, y vía satélite, los rincones más apartados de la tierra supieron la nueva: *plaga gay, cáncer gay, peste rosa, peste lila.* Y su impacto, como era previsible, estaba garantizado: lo dijo la ciencia, lo dijeron los médicos: GRID.

Con todo, y no obstante el veredicto sentenciado, los médicos seguían confesando en privado que no sabían nada de la enfermedad; pero continuaban buscando a través de los *casos rosa.* El Centro de Control de las Enfermedades intensificaba sus investigaciones en el medio homosexual; detectives en enfermedades investigan en grupos de homosexuales, indagan prácticas sexuales, buscan la comprobación del GRID[8]. Indagan en el uso de los *poppers* (nitritos) como la causa probable de la enfermedad y los descartan. Se interesan por el sexo anal y lo encuentran sospechoso de ser el mejor conducto para la entrada del mal al torrente sanguíneo. Se dirigen a la promiscuidad, que les puede dar razón de la *"inmunidad sobrecargada",* pues muchos de los primeros pacientes tenían una vida sexual excesivamente activa, con cientos de parejas y un largo historial de enfermedades venereas e infecciones[9].

[6] Montagnier, Luc; Baptiste, Jean; Brunet y Klamann, David, "El SIDA y su virus", *Mundo Científico,* No. 50, volumen 5, p. 860, 1985.
[7] *Time,* agosto 12, 1985.
[8] Ibid.
[9] Una corriente de científicos no descarta aún que los "poppers" y otras drogas tóxicas, que actúan contra el sistema inmunológico, como ciertos hábitos sexuales-riesgos, pudieran ser factores concomitantes para el desarrollo de la enfermedad. Uno de los más conocidos de esta corriente es el profesor Peter Duesberg, pionero en la investigación de los retrovirus, catedrático de Biología Molecular y Virus de Laboratorio en la Universidad de California, en Berkeley, quien rechaza que el cuadro patológico del SIDA pueda ser provocado por el VIH, el cual, según sus estudios, per-

Se intentaron todo tipo de teorías, conjeturas y sospechas en torno a los homosexuales; sin embargo, todas ellas fueron siendo relegadas y sustituidas por la evidencia de que el mal era causado por un agente infeccioso y no por la homosexualidad[10].

Y ciertamente, en enero de 1983 el profesor Luc Montagnier y su equipo del Instituto Pasteur, aislaban un virus de Linfadenopatía relacionada al Virus de Inmunodeficiencia Humana (LAV). Y un año después, Robert Gallo declaraba en Estados Unidos haber descubierto el VIH y agregado un nuevo galardón a la ciencia estadounidense. Tras no leves forcejeos entre los científicos norteamericanos y los franceses en defensa del propio descubrimiento, quedó establecido que el agente infeccioso se llamaba Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y el cuadro patológico, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Simultáneamente, los científicos descubrían también que el *agente infeccioso* no sólo tenía preferencia por los homosexuales, sino igualmente por personas que habían recibido transfusiones de sangre, hemofílicos, usuarios de drogas intravenosas, africanos y haitianos heterosexuales[11].

Sin embargo, independientemente de estos y muchos otros hallazgos, los médicos —especialmente los médicos americanos ligados al Centro de Control de las Enfermedades/Robert Gallo— no renunciaron del todo a su tesis original del GRID. Aceptaban desde luego que la enfermedad podía afectar a cualquier persona, aunque en los hechos estaban más convencidos de la *enfermedad homosexualizada,* corregida y aumentada ahora mediante la visión de los "grupos de riesgo": homosexuales, bisexuales, heroinómanos, hemofílicos, haitianos y africanos, agravada por la hipótesis, según la cual la fuente de contagio original fueron los homosexuales vía haitianos o africanos. El reordenamiento de la enfermedad tenía sentido. No sería casual que tan luego como aparecieron los primeros casos heterosexuales de SIDA en los Estados Unidos, las instituciones de salud se aprontaran a clasificarlos dentro del concepto: "contacto con grupos de riesgo", esposas de bisexuales,

manece en estado latente incluso en el momento más grave de la enfermedad, misma que él atribuye más bien a cofactores tóxicos desconocidos. (Ver "Saying No to HIV", entrevista de John Lauritsen, *New York Native,* julio 6, 1987).

[10] *Time,* agosto 12, 1985.

[11] Cuadro estadístico de los Centros para el Control de las Enfermedades en Estados Unidos. Casos a julio de 1985: homosexuales o bisexuales, 8, 716; consumidores de drogas intravenosas, 1, 613; receptores de transfusiones de sangre, 106; hemofílicos, 70; heterosexuales, 14 *(contacto con personas infectadas);* otros, 593 *(incluidas 332 personas nacidas en lugares donde el SIDA es epidémico, Africa y Haití,* y aquéllos con expedientes incompletos). Revista *Time,* agosto 12, 1985.

etcétera[12]. La estrategia ha sido refrendada: los homosexuales, el "grupo de riesgo" en Norteamérica y países limítrofes; los africanos y haitianos, los "grupos de riesgo" de otro continente.

Como es lógico, la nueva estrategia fue divulgada por lo medios, *Newsweek* decía en su portada del 7 de agosto de 1985:

> El más grave problema de salud pública de los Estados Unidos. Nadie se ha recuperado de la enfermedad, y el número de casos se dobla cada año. Hoy es de temerse que el desarrollo de la epidemia se expanda más allá de los gays y otros grupos de riesgo, hacia el conjunto de la población.

En México, *Excélsior* reproducía el 30 de agosto de 1985:

> Al principio se consideró que el grupo de alto riesgo estaba constituido por homosexuales... A principios de 1983 se añadió otro preocupante elemento al problema, cuando se descubrió que cierto número de personas había adquirido el SIDA después de recibir transfusiones de sangre y esto motivó que las autoridades sanitarias recomendaran que los homosexuales y bisexuales no donaran sangre. A principios de este año (1985) el número de casos detectados en Estados Unidos estaba creciendo geométricamente al duplicarse cada 10 meses, y el riesgo para los heterosexuales parecía crecer...

Tras la divulgación de la fuente de contagio homo/bisexual, las versiones sobre el mal se multiplicaron por el mundo occidental, mediante las formas más caprichosas de mitos y delirios, para desembocar todas juntas en un tratamiento más terrible que la enfermedad: *en la culpabilización social del grupo homosexual, en el linchamiento moral de las víctimas, en el escarnio ritualizado en torno a los muertos y en el interés obsesivo por la orientación sexual de los contagiados y la indagación tenaz de todos los secretos de los homosexuales.*

El profesor en medicina de la Universidad de Florida, James Cer-

[12] Casualmente, en un estudio de casos de SIDA en Florida, los doctores Mark E. Whiteside y Caroline Macleod, codirectores del Instituto de Medicina Tropical de Miami, Florida, descubrieron en el poblado de Belle Glade (con la más alta tasa per cápita de casos de SIDA en Estados Unidos) que el 50 por ciento de casos clasificados como de riesgo no identificado por el Centro de Control de las Enfermedades de Atlanta, en realidad correspondían a formas de transmisión heterosexual y no a transmisión por contacto con los llamados "grupos de riesgo". (Ver compendio sobre el SIDA de Robert Lederer, *ConvertAction,* Número 28, p. 49, verano 1987).

ca, en torno de la sintomatología del SIDA explicó en un congreso internacional sobre gastroenterología que:

> Los primeros síntomas del SIDA están relacionados con problemas gastrointestinales, como la diarrea crónica, que dura más de siete días. Por ello, al recibirse a un paciente sospechoso de la enfermedad, la primera pregunta que hay que hacerle es si es homosexual. Si responde que lo es, explicó, "las investigaciones deben orientarse hacia el tratamiento del SIDA"[13].

De esta atmósfera daría cuenta un actor: Rock Hudson, cuya enfermedad trascendió a su fama cinematográfica, convertida en escándalo sexual. Este actor fue erigido como la síntesis de todo: de los avances de la enfermedad real e irreal, de los miedos vigentes a la homosexualidad, de la saña del escarnio informativo. A partir de él, el torrente de la información: rumores y resentimientos en el lugar de la enfermedad y más allá del actor, como pretexto, el interés desmedido de médicos y medios de comunicación por conocer la forma de operar de los homosexuales, sus encuentros sexuales, el ligue, estilos de vida, lugares de reunión, etcétera; todo lo que pudiera explicarles las "causas de la enfermedad".

Paralelamente las escenas de pánico y persecución se reproducen en unos y en otros países, en el recuadro siguiente se dan unos cuantos ejemplos:

Araguari, Brasil:

Un peluquero bisexual de 35 años debió escapar de su pueblo mientras la población quemaba todas sus pertenencias, aterrorizada por la posibilidad de un contagio de SIDA, reveló la policía... Antes de trasladarse al pueblo cafetalero de Araguari, Evaldo Marques vivió once años en Nueva York, y hace seis meses comenzó a mostrar síntomas... Comenzó a perder peso, sufría de diarreas y sus glándulas se inflaron, lo que sumado a su notorio comportamiento bisexual llenó de pánico al pueblo... Según el semanario Veja, los rumores indicaban que Marques fue visto probándose ropa en una boutique local, así como probando fruta en un mercado local, con la abierta intención de esparcir el SIDA. "La gente está quemando los objetos que tocó el paciente",

[13] *El Universal*, agosto 28, 1985.

reveló el doctor Víctor Machado en un informe dirigido al Departamento de Salud de Minas Gerais... El semanario Veja añadió además que residentes locales han enviado una petición a la Fiscalía para que se prohíba a Marques circular por las calles. Por su lado, esta dependencia envió policías para detener al peinador y obligarlo a internarse en un hospital. Y en efecto el peinador se internó y su salud mejoró rápidamente, pero a pesar de ello, cuando salió del hospital la persecusión siguió. El municipio local le prohibió caminar por las calles... Posteriormente se supo que Marques, junto con su madre de 73 años, se ha ido a vivir a Río de Janeiro... *(AFP, El Universal, septiembre 5, 1985).*

Cali, Colombia:

Una extraña cruzada para eliminar a los homosexuales de Cali arrojó en los últimos 60 días por lo menos 20 muertos. La policía declara que es muy difícil saber quiénes son los responsables de estas muertes... *(AFP-*UPI, *Excélsior, septiembre 9, 1985).*

Alemania Federal:

En diversas cárceles de la República Federal de Alemania se ha comenzado a recluir en celdas individuales a los pacientes del SIDA y se han distribuido guantes de goma al personal de vigilancia. En los estados de Baviera, Hesse y Baden Württemberg, más de cien presos padecen SIDA, y todos ellos fueron ya retirados de los trabajos que hacían en comunidad en los talleres de las prisiones. *(EFE, La Jornada, agosto 28, 1985).*

Guayaquil, Ecuador:

A pesar de las declaraciones del ministro de Salud, Virgilio Macías, en el sentido de que el SIDA no ha llegado a ese país, la policía emprendió una cacería de homosexuales, al descubrirse a dos personas afectadas por el mal. *(Excélsior, agosto 30, 1985).*

Australia:

El gobierno del estado de Queensland aprobó una ley

que impone más de dos años de cárcel a los portadores de SIDA que sabiéndolo lo transmitan. *(Newsweek, 13 de abril, 1987).*

Baviera, Alemania Federal:

El gobierno del estado de Baviera ha declarado oficialmente al SIDA como epidemia, lo cual faculta a las autoridades para aplicar exámenes obligatorios a homosexuales, drogadictos, prisioneros, prostitutas, residentes extranjeros de fuera de la Comunidad Económica Europea y a todos los solicitantes de empleos en el gobierno. *(Idem)*

China:

En 1985 murió en Pekin un argentino afectado de SIDA, Oscar Messina, de 34 años de Edad. Su cuerpo, ropa y efectos personales fueron quemados, y todos los que tuvieron contacto con él, incluido el personal del hotel, fueron sometidos a exámenes médicos por parte de las autoridades. *(Idem).*

Washington:

El presidente Ronald Reagan, en vísperas de la Tercera Conferencia Mundial de SIDA y con el rechazo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la actriz Elizabeth Taylor, dio a conocer un extenso programa nacional de lucha contra el SIDA, que incluye exámenes obligatorios a quienes deseen contraer matrimonio, inmigrantes y presos. *(La Jornada, junio 2, 1987).*

Washington:

El 8 de junio pasado, anunció el secretario de Justicia de los Estados Unidos, Edwin Meese, que los inmigrantes afectados por el VIH no podrán entrar a ese país. Meese ordenó al Servicio de Inmigración y Naturalización (SIN) que elaborara un programa de análisis, mediante el cual será negada la entrada al país a todos los inmigrantes, refugiados y solicitantes de residencia legal

permanente, infectados por el VIH. *(Excelsior, junio 9, 1987).*

Moscú:

Durante los primeros días de junio pasado, las autoridades soviéticas deportaron a 36 ciudadanos extranjeros enfermos de SIDA, según informó Vadim Pokrovski, uno de los directores del Instituto de Epidemiología de la URSS. Pokrovski señaló además que hay 14 ciudadanos soviéticos que han contraído la enfermedad y enfrentan responsabilidad penal por haber contagiado a terceros. *(Excelsior, junio 11 de 1987).*

La Habana, Cuba:

El Primer Ministro de Cuba, Fidel Castro, señaló en un discurso reciente que *la medida de cuarentena es apropiada para su país, pues a la fecha Cuba cuenta con muy pocos casos de SIDA*. Aseguró que la cuarentena para los contagiados de la enfermedad (seropositivos) ha sido instituida para el bienestar tanto de los infectados como para la comunidad misma. Afirmó que las naciones de occidente critican la medida porque ellos mismos, con un gran número de casos, no pueden afrontar la situación y dar este paso.

Cuba empezó su campaña contra el SIDA en agosto de 1983, tras la asistencia de miembros del Ministerio de Salud a un congreso de la Organización Panamericana de Salud. De acuerdo con el comisionado, ministro de salud pública, Doctor Héctor Terry, la medida de cuarentena para los infectados de SIDA consiste en *un sanatorio de aislamiento para 31 mujeres y 110 hombres portadores del virus, entre homosexuales, heterosexuales y bisexuales.* Interrogado sobre los derechos humanos implicados en la medida, respondió: *esas son cosas que sólo alegan los enemigos de la revolución. Nuestro país tiene su propia filosofía, y el primer principio de esta filosofía es el respeto a la dignidad humana... Como usted puede ver, aquí no escatimamos recursos para que nuestro pueblo tenga las mejores atenciones de salud como en ninguna otra parte del mundo. Y esto es parte de lo que estamos tratando de hacer en nuestra lucha contra el SIDA.*

Según el funcionario, la cuarentena establecida para las seropositivos *no es un hospital, es un sanatorio. Los confinados allí, tienen un amplio programa de actividades, hacen ejercicio, practican deportes, hacen gimna-*

sia, tienen cine, TV, videos y todo tipo de actividades recreativas; son sacados a pasear a la playa y a otros lugares. (Entrevista con el ministro comisionado de Salud Pública del gobierno cubano, Héctor Terry. Karen Wald, Guardián, *octubre 28, 1987).*

EL OTRO VEREDICTO NEGRO DE LA CIENCIA: DE AFRICA A NUEVA YORK VIA HAITI. ENTERESE SOBRE EL VERDADERO ORIGEN DEL SIDA.

El Dr. Luc Montagnier afirma en un diálogo con Andrea Burg:

> Se supone que el VIH-I es también originario de Africa (como el VIH-II). Se examinaron, retrospectivamente, las muestras de suero tomadas en los años 70 de individuos africanos (especialmente en Zaire), y se encontraron anticuerpos contra el VIH-I. Al proceder a la investigación sobre sueros europeos o americanos de esos años, no encontramos nada. De ahí se deduce que el virus sea más antiguo en esas regiones de Africa *(ICYT, revista de CONACYT, septiembre de 1987).*

Los doctores Eduardo Vázquez Valles y Omar Matsui Santana, investigadores del SIDA en el Instituto de Patología Infecciosa y Experimental de la Universidad de Guadalajara *(La Jornada, agosto 12, 1985),* mencionan que aún cuando no se ha precisado el origen del SIDA, se cree que algún animal pudo haber sido el causante, ya que en Africa, entre algunas tribus existe el rito de matar un animal al pasar de la adolescencia a la juventud, y con el mismo cuchillo que le dieron muerte se hacen adornos o tatuajes en el cuerpo. El virus que estuvo en la sangre de aquel animal se transmite al hombre.

¿Cómo ocurrio la transmisión del mono al hombre?

> Se han omitido varias hipotésis: pudo ocurrir por una mordida o por la absorción de cecina de mono, ya que este tipo de carne se vende en los mercados africanos. El virus en estado seco resiste más tiempo. Es posible que un individuo con una lesión en la boca haya sido conta-

> minado en esa forma. Sin embargo, hoy día no se encuentran casos de seropositivos entre los cazadores de monos del Senegal, ni entre los pigmeos, cazadores del mono verde. *(Luc Montagnier, op. cit.).*

El origen del SIDA está en el Tercer Mundo, aseguran en Estados Unidos. Según una versión médica, la plaga apareció en 1981 y su posible origen está en un mono de Africa, cuya saliva portaría el virus maligno. Luego las mordeduras del simio habrían infectado al ser humano. Una publicación norteamericana afirmó que el origen del SIDA está en el Tercer Mundo y que los transmisores del mal a Estados Unidos posiblemente fueron haitianos que vivieron un tiempo en Africa. *(Ovaciones, 2a. edición, marzo 15, 1986).*

> Acariciar a un cerdo no parece una imagen detestable, pero hacer el amor con un puerco sí lo es. Los homosexuales al tener relaciones con cerdos provenientes de Africa, atacados éstos de la fiebre de los cerdos precisamente, la cual se acelera en los pacientes afectados por el Sarcoma de Kaposi, producido precisamente por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Versión de la revista *Alerta. (Alerta, No. 1053, septiembre 7, 1985).*

Esta segunda historia tiene como escenario a los países del Tercer Mundo: Africa Central —Zaire, Ruanda, Burundi— El Caribe y Haití.

Tan pronto como los científicos descubrieron el SIDA en los Estados Unidos, volvieron los ojos hacia otros países en busca de sus orígenes. El doctor Myron Essex de la Escuela de Harvard: *el azote se originó en los monos, especialmente en los monos verdes de Africa. En un muestreo de sangre de 200 monos de esa región se descubrió que el 70 por ciento de ellos estaban infectados de un virus similar al que causa el SIDA en los humanos. El virus pudo haber pasado de los monos al hombre durante los últimos veinte o cuarenta años, pues ya otros virus han dado ese salto —el virus de la fiebre amarilla—, los monos verdes además viven a menudo en estrecha relación con los seres humanos y frecuentemente los muerden*[14].

El doctor Robert Gallo, descubridor del VIH en Estados Unidos: *parece que después de permanecer localizado por algún tiempo en puntos específicos de Africa Central, el virus empezó a moverse hacia toda esa región a principios de los setenta. Más tarde,*

[14] Myron Essex, *Time*, agosto 12, 1985.

durante esa misma década, llegó a Haití, y de ahí pudo trasladarse a Europa y América[15].

El doctor Luc Montagnier: los estadounidenses, la Fuerza de Paz de la ONU, fueron a Zaire, después de la independencia del país (1960). Algunos pudieron haber sido contaminados por el virus en ese momento. Llegaron también haitianos a Zaire, que luego regresaron a Haití. Otra posibilidad más reciente, es la de los viajes por avión, a partir de contactos entre homosexuales aeromozos con zaireños, suponiendo que estos últimos estuvieran en el origen de ese virus, lo cual, no obstante, queda todavía por demostrarse[16].

La mayoría de estas hipótesis se sustentan principalmente en ciertos movimientos sociales a partir de la independencia de la República de El Congo. Como recogió el periodista norteamericano Robert Lederer: en 1960, cuando El Congo Belga conquistó su independencia, se trasladaron ahí varios cientos de profesores haitianos con el fin de dar apoyo al país hermano, y de ahí se sugiere que algunos pudieron haberse contagiado del virus y más tarde, a su regreso a Haití, lo propagaron por contacto sexual a la población haitiana. Asimismo se especula que los turistas gay norteamericanos, muy afectos a veranear en Haití en los setentas, podrían haber sido el contacto con la enfermedad, vía hombres prostitutos, que abundan en la isla. Luego, se teoriza, serían los viajeros gay quienes desparramaron el virus hacia Estados Unidos y Europa, mientras que los gay consumidores de drogas intravenosas a otros drogadictos a través del uso compartido de jeringas[17].

Todas estas teorías, sin embargo, han sufrido modificaciones con el paso del tiempo, como el GRID, si no es que serios reveses por parte de otros científicos que han demostrado su artificialidad. Si la ciencia oficial había dicho que el SIDA era una enfermedad endémica en Africa desde los cincuenta, hoy se confirma que no es así: que los primeros casos detectados en Africa y Haití son contemporáneos o posteriores a los de los Estados Unidos del año 1978, y la enfermedad pudo haber hecho un recorrido inverso: Estados Unidos-Haití-Africa[18]. Si los científicos afirmaron que la

[15] Robert Gallo. "The aids virus", Scientific American, enero 1987, pp. 47, 56, citado por Robert Lederer, *ConvertAction,* No 28, p. 46, verano 1987.

[16] "Diálogo con Montagnier", SIDA: punto de interrogación, *ICYT,* septiembre, 1987. Vol. 9, núm. 132.

[17] Robert Lederer. "Origen and spread of aids: is the west responsible?" *ConvertAction,* p. 46.

[18] Un estudio de casos de meningitis criptococcica, patrocinado por la Universidad Hospital de Kinshasa, Congo/Zaire, ha demostrado que dicha infección era muy rara antes de 1978 y que la misma tuvo un dramático incremento hasta en este año, durante el cual subió también la tasa de mortalidad (del 43 al 100 por ciento). Instituto

pobreza, la promiscuidad sexual y la prostitución de los africanos, eran factores determinantes para la aparición del SIDA, hoy se comprueba que los primeros casos de Africa nada tuvieron que ver con personas de extracción humilde, sino con personas de clases acomodadas. Como publicó el *New York Times, el SIDA en Africa fue predominantemente un fenómeno urbano, que afectó principalmente a grupos de altos ingresos. En Kigali, la capital de Ruanda, donde se ha registrado el mayor número de casos, se localiza fundamentalmente entre personas de la clase media y alta con ingresos equivalentes a 3 y 6 mil dólares anuales*[19].

LA HISTORIA NACIONAL
El SIDA en México

Antes que nada, es necesario explicar en que consistirá esta historia. No es, desde luego, una historia similar a las contadas, aunque en rasgos importantes se parezca en el manejo temeroso de la enfermedad, en el señalamiento obsesivo de los "grupos de riesgo" y en las intentonas de declararle la guerra al sexo. Sin embargo, México no es Estados Unidos ni Francia, y aquí el SIDA, aunque guiado por las mismas políticas de allá, tiene su propio contexto nacional, su propia cultura, sus propios mitos y sus propias fantasías. Esta historia consta de tres partes complementarias y mezcladas entre sí. La historia contada por las instituciones médicas, la historia contada por el personal eclesiástico y otros creyentes, y la historia contada sobre enfermedad y homosexualidad. (Aclaración obligada: la historia de los medios de información en torno al tema está contenida tácitamente en las tres historias).

1985

Fiebre de noticias sobre la enfermedad antes del sismo, Rock Hudson tiene SIDA, repiten la radio, la televisión y los periódicos;

de Enfermedades Tropicales. Graham Hancock y /Enver Carim, AIDS: The Deadly Epidemic. London. Citados por Robert Lederer, op. cit.

Otro estudio de nuestras de sangre de 4,000 africanos de siete países, estableció: "parecería que la epidemia del SIDA en Africa empezó alrededor del mismo tiempo, o incluso después de la epidemia en América y Europa". G. Guntsman et al. *British Medical Journal.* Citado por Robert Lederer, op. cit.

[19] Lawrence K. Altman; "Aids in Africa". *New York Times,* noviembre 8, 1986.

el astro viajó a París, sabe que va a morir, 22 casos suman en México; reconoce el IMSS, 8 han muerto, la peste del siglo XX, 12 mil casos detectados en Estados Unidos, Norteamérica la capital del SIDA, los homosexuales sus víctimas comprobadas; la plaga gay, la peste viaja en satélite, la peste está entre nosotros, 22 casos declara el IMSS, el azote moderno, se pronuncia el representante del Vaticano en México el padre Girolamo Prigione...

El SIDA venganza de la naturaleza. Hay leyes morales que no se violan impunemente. La naturaleza toma su venganza. ¡Y ésta es la prueba evidente! La iglesia no condena a los pecadores sino al pecado: tratar de ayudar a esa gente... ¡pero no se puede justificar el vicio! Y el homosexualismo es uno de los vicios más grandes que condena la Iglesia. Desde la Biblia, vea usted las referencias que hay contra los sodomitas... Una enfermedad, sí... Es el materialismo el que nos ha llevado a esto. Se descuidaron los valores morales que Dios ha fijado para que vivan bien los seres humanos en esta tierra... ¡Sodoma y Gomorra...! En el fondo es eso. Es el símbolo de este vicio que ha tomado más auge que en el pasado... Tal vez por los medios de comunicación. Nosotros tenemos ante esto un consejo: Practica el bien y vivirás tranquilo sobre esta tierra... No hay mucho que decir al respecto... El SIDA me hace pensar en esas oleadas de apestados que hace siglos asolaban y aterrorizaban las comunidades...Y luego ese temor, ese pánico, esa gente marginada a la que se repudia, se le habla a distancia y se le teme, me recuerda una novela extraordinaria de Manzoni, Los Novios... La sicosis lleva a la falta de caridad y a la injuria...¡pero es parte de la revancha! Debemos tratar de despertar las fuerzas sanas de la nación... Hay que rechazar el pecado, sí; pero no al pecador. A ellos (a los homosexuales) hay que tratar de comprenderlos, como a los toxicómanos, a los alcohólicos. Debemos considerarlos no sólo enfermos morales, sino físicos también. No, hay cosas que deben ser aceptadas; ahí vemos que cuado quieren formar parte de la vida civilizada son rechazados por la propia naturaleza... Son los azotes de cada época. En el pasado tuvo Europa la peste bubónica; luego la sífilis; después la peste... Hoy, el SIDA es el azote de nuestro tiempo. (Martha Anaya, *Excélsior*, 31 de agosto, 1985).

Otro punto de vista, en el mismo tono:

Temor al cáncer lila. Piden aislar a los homosexuales

aquí. Agrupaciones de padres de familia piden que los homosexuales sean confinados a "cavernas" para evitar que propaguen el cáncer lila. Salvador Alatorre, miembro de la Sociedad Mexicana de Padres de Familia, al ser interrogado sobre el particular, dijo que es un problema delicado que debe ser atacado frontalmente por las autoridades antes de que se convierta en una epidemia. Con referencia a los homosexuales, expresó que si por él fuera, los encerraría en cavernas como a los antiguos leprosos para evitar que perviertan y contagien a gente inocente. *(El Sol de México, 2a. edición, agosto 29, 1985).*

En agosto hablan por fin las instituciones médicas del país, dan cifras contradictorias: 50 enfermos señaló el Instituto Nacional de la Nutrición; 85 según la Asociación de Médicos Mexicanos; 90 publica Martha Anaya en *Excélsior* según conteos realizados en Salubridad, IMSS e ISSSTE. 63 es el dato oficial, estableció el titular de la Secretaría de Salud, Guillermo Soberón Acevedo. El doctor Soberón da a conocer a la opinión pública el primer informe sobre la situación del SIDA en México. El funcionario trata de calmar los ánimos: "Los mexicanos no tienen porque alarmarse a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida que ha alcanzado un alto grado de incidencia en otras naciones, ya que de un total de 63 casos detectados en México, sólo han sido comprobados 17".

Más voces lo secundan. Los doctores Martha Céspedes de Gómez del Hospital General, Guillermo Ruiz Palacios del Instituto Nacional de la Nutrición, Jesús Kumate de Salubridad: "No hay para qué preocuparse, la población en México que no pertenece a los grupos de alto riesgo, tiene una probabilidad prácticamente nula de adquirir la infección", dice la primera[20].

"Con 50 casos de SIDA en el país, ó 100 si se quiere pensar en los que *escapan* de diagnóstico, no tiene sentido distraer grandes recursos económicos o humanos, como ocurre en Estados Unidos, para investigar y combatir el mal, cuando hay otros padecimientos..."[21] completa Ruiz Palacios.

Siguiendo con los profesionales de la salud, el doctor Cipriano Borges Cordero, jefe académico de Gastroenterología de la Facultad de Medicina de la UNAM y gastroenterólogo del Hospital General del Centro Medico Nacional del IMSS, hizo las siguientes consideraciones sobre las causas, el origen y la patología del SIDA.

[20] *Excélsior*, agosto 30, 1985.
[21] *El Universal*, agosto 12, 1985.

Estableció el funcionario que esta enfermedad pudiera no ser nueva y que ella pudo haber existido siempre, "sólo que las técnicas y métodos de diagnóstico son más exactos en la actualidad para determinar alteraciones inmunológicas, y que tal vez los afectados por ella hayan fallecido por infecciones en varios sitios del organismo, y los médicos tal vez hayan pensado que el causante de la muerte era el germen oportunista que invadía al paciente previamente enfermo".

Es más, el especialista asegura que puede especularse que (la enfermedad) existía desde hace más de dos mil años. "Me atrevo a decirlo por una asociación de ideas: buscando en la literatura y sobre todo en el mejor libro que existe en el Universo, *la Biblia*, hallé en los capítulos uno y dos del Génesis (Versión de Casiodoro de Reina) el castigo divino que se abatió sobre cuatro de las ciudades de la primitiva Pentápolis a causa del pecado de sodomía, del que no quedan exentos ni siquiera diez individuos de la ciudad donde se hallaba cautivo Loth... La condena fue que se abstuvieran de tal conducta —la sodomía— en los siguientes cuatro mil años -¿faltarán unos dos mil años?- Quizá debido a este antecedente bíblico se llame Pentápolis estadounidense a Nueva York, San Francisco, Los Angeles, Miami y Newark, donde se ha reportado el 70 por ciento de los casos de SIDA ocurridos en los Estados Unidos".

Sobre la incidencia del SIDA, afirma el facultativo que el padecimiento se presenta "en homosexuales promiscuos y drogadictos en un 92 por ciento, porque usan agujas contaminadas o una y otra cosa, homosexualidad y drogadicción están interrelacionadas". El porcentaje restante, añade, corresponde a pacientes hemofílicos y multitransfundidos y haitianos emigrantes a los Estados Unidos; "estos últimos —explica— por las prácticas del rito del vudú".

Inquirido por último de por qué la enfermedad sólo afecta a los homosexuales, el doctor Borges dice que bien pudiera ser "obra de un castigo divino"[22].

Asegura el doctor Manuel Cervantes Reyes, presidente de la Asociación de Médicos Mexicanos (AMM), *el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida causará menos estragos en México que en países desarrollados como Estados Unidos, debido a que nuestra población tiene mayores defensas naturales al estar en contacto desde temprana edad con una gran gama de gérmenes...*[23]

El doctor Eduardo Vázquez Valle, director del Instituto de Patología Infecciosa de la Universidad de Guadalajara, informa a la

[22] Revista *Siempre*, No. 1674, agosto 24, 1985, *El Sol de México*, 1a. edición, agosto 1985.
[23] *El dictámen de Veracruz*, agosto 25, 1985; *Excélsior*, agosto 24, 1985.

prensa que en breve se iniciará en Guadalajara la mayor cruzada contra el SIDA. Se trata de levantar un censo clínico para localizar posibles portadores del virus, pero exclusivamente entre una docena de los llamados grupos de alto riesgo, que por razones obvias —homosexuales, drogadictos y mujeres dedicadas a la prostitución y otros—, elevan las posibilidades de ser portadores del virus, les haya afectado o no a ellos[24].

Sobre el particular, el doctor e investigador Juan Antonio Román, jefe del área de Infectología de la Secretaría de Salud, declara al periódico *Cuestión:* "Las autoridades de Salubridad han decidido llevar a cabo un plan de emergencia en la zona rosa y en los principales centros turísticos de la República, para evitar que el SIDA siga propagándose, por lo que en los lugares de reunión gay, se llevarán a cabo severas medidas de higiene, además de que se tratará de someter a estudios médicos a homosexuales"[25].

José Acosta Weber, jefe de control sanitario del Centro de Salud "Luis Estavillo Muñoz" de Ciudad Juárez, Chihuahua, informa que a través de visitas a cantinas, hoteles, restaurantes y cines —entre otros lugares de reunión pública— la dependencia a su cargo comenzó a "requerir" desde hace una semana a "los homosexuales declarados que existen en la ciudad", con el fin de someterlos a exámenes médicos y determinar si sufren de SIDA. Asegura el funcionario que la acción se funda legalmente en el Artículo 175 del Código Sanitario Federal, cuya letra otorga a la Secretaría de Salud las facultades necesarias para el control y la atención de las enfermedades transmisibles. Estima además que esta labor no sólo permitirá evitar la propagación del SIDA, sino también someter a tratamiento a quienes muchas veces sin saberlo sufren esa peligrosa enfermedad, que ha causado ya varias muertes en otras naciones. Y en torno a la campaña explicó: "nuestras visitas sólo incluyen aquellos lugares que suelen ser visitados por homosexuales, y los cuales se encuentran perfectamente identificados, toda vez que las inspecciones están a cargo de personas de amplio criterio"[26].

El director interino del Centro de Salud Número 1 de Tijuana, Baja California, declaró que la población de esta frontera se encuentra definitivamente frente a un potencial peligro de infectarse con SIDA, debido a la fuerte interacción que existe entre las comunidades de Baja California y California, esta última entidad con una grave incidencia de la enfermedad. Informó por otro lado que la familia de Elizabeth Soto, de 24 años de edad, quien murió re-

[24] *Excélsior*, noviembre 10, 1985.
[25] *Cuestión*, agosto 21, 1985.
[26] *El Universal*, agosto 20, 1985.

cientemente a causa del SIDA, está bajo observación en su propio domicilio, para detectar en forma inmediata si se presentan síntomas del terrible mal[27].

Poco después, admite el Secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo, *hay redadas de homosexuales para controlar el SIDA*. El titular de Salud reitera: *en México no hay motivo de alarma por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)* Y reconoce, *se ha establecido un control de diagnóstico para detectar la presencia de la enfermedad, por lo cual se han realizado algunas redadas de homosexuales, como en Ciudad Juárez, para evitar que se propague la incidencia del mal*[28].

Un testimonio de ética médica:

Le quedan a usted de ocho a diez meses de vida. Que tenga buen fin de semana. Hasta luego. No hubo rodeos. No hubo miramientos. No hubo nada. Sólo las palabras del médico, así, en frío. En menos de un minuto había terminado su tarea. El joven a quien iban dirigidas las palabras quedo mudo. Había pasado una semana de intensos estudios y análisis en Nutrición y algo efectivamente sospechaba. ¿Pero nunca esperó escucharlo de esa manera! otros no han corrido con tanta suerte. Uno prefirio matarse en el propio cuarto que se le había asignado en Nutrición. ¿Por qué se suicidó? Por la enfermedad obviamente, el entorno también tuvo que ver. La gente estuvo cerca, los que fueron sus amigos, recuerdan los interrogatorios humillantes. Los calificativos despectivos, como "promiscuo", sin que existiera realmente razón. Simplemente por justificar quién sabe qué. Y cuentan cómo fue el trato de las enfermeras. Cómo le dejaban la comida a más de diez metros de distancia. Cómo se negaban a arreglarle la cama... Asco, miedo, temor... ¡Estupidez y falta de información!, aun en los propios hospitales de Salubridad y del Seguro Social. ¿O qué acaso no le sacan la vuelta a quienes investigan el SIDA con tal de no darles la mano? ¿Acaso las enfermeras no se han negado a acompañar a algún muchacho que presenta los síntomas de la enfermedad al lugar donde lo van a internar? Sí, eso ocurre. Aún cuando hay unos cuantos que se preocupan y que hasta ponen de su dinero para hacer la investigación del caso como la doctora Martha Céspedes de Moreno y Víctor Manuel Gómez, ambos del hospital general de Salubri-

[27] *El Universal*, agosto 24, 1985.
[28] *Excélsior*, septiembre 10, 1985.

dad. O como el doctor Fernando Montes de Oca, del Seguro Social, o el doctor Argáez del banco de sangre. Pero no todo es profesionalismo. ¡Falta de información! Los propios doctores lo dicen *(Excélsior, Martha Anaya, septiembre 1o., 1985.*

Mientras tanto la sociedad civil denuncia lo siguiente en una carta con 250 firmas, publicada en *Excélsior, Unomásuno* y *la Jornada,* en agosto 29 de 1985:

Lo que para los medios de comunicación ha sido una mera noticia sensacionalista y para la gran mayoría de la gente tan sólo un chiste que contar en la oficina, para quienes lo hemos vivenciado con la pérdida de un ser querido, el SIDA resulta algo doloroso y la forma de enfocarlo, indignante. Por este medio queremos denunciar el caso concreto de un querido amigo, quien decidió quitarse la vida la madrugada del pasado viernes 16, en el cuarto que ocupaba en el segundo piso del Hospital de Nutrición. Quienes estuvimos cerca de él sabemos que su decisión no sólo se debió al SIDA sino al trato humillante que recibió desde su ingreso en dicha institución, tanto de parte de médicos como de enfermeras.

Afortunadamente nuestro amigo ya no estuvo aquí para presenciar las burlas y el desdén de que su cadáver fue objeto en la oficina del Ministerio Público de la Delegación de Tlalpan. Ni tampoco para escuchar la forma irrespetuosa y morbosa en que se informó de su muerte mediante los noticieros.

Ante dicha situación, quienes esto firmamos exigimos al personal médico y paramédico un trato profesional y humano para los pacientes con SIDA, y a las autoridades judiciales un comportamiento digno y respetuoso...

Alfredo Pérez Díaz, articulista del diario *El Mexicano,* de Tijuana, B.C. dice en agosto 28 de 1985:

Infortunadamente, lo poco que se conoce de este grave padecimiento se conforma por los tintes morbosos del asunto, los enfoques poco afortunados de los medios masivos de comunicación —se le ha calificado como *la peste rosa, la peste lila, el mal de los mujercitos* o

el virus de los negros africanos—. Lo más lamentable de todo esto es que incluso entre los médicos existe un gran desconocimiento del problema y los facultativos se encuentran influenciados por el morbo popular. Ello se puso de manifiesto durante un sondeo que realizamos entre una docena de médicos a los que preguntamos su opinión sobre el SIDA. Uno de ellos en tono jocoso nos dio su muy singular versión: SIDA significa "sáquelo inmediatamente de atrás", y se desternilló de risa. No pudo describir ni la sintomatología ni dar más detalles que el asegurar: "Esa es una enfermedad de jotos".

1986

Se callan los periódicos, nadie habla de la enfermedad, los efectos del sismo lo ocupan todo: no hay *flagelo,* la *peste rosa* se ha ido, una, dos imágenes de TV dando cuentas del estado estadístico del virus, las autoridades médicas no dicen nada, no hay SIDA, no hay miedo, no hay grupos de riesgo, no hay mal qué prevenir.

1987

Regresa la enfermedad, 344 casos al 5 de marzo, 407 al primero de abril, la enfermedad se duplica cada diez meses —hablan las autoridades— el mal demuestra avanzar entre homosexuales y bisexuales, pero también entre personas transfundidas, hemofílicos y heterosexuales, en porcentajes superior al de consumidores de drogas intravenosas. Hay preocupación en el medio oficial. Advierte el Sector Salud que los donadores de sangre retribuidos y las prácticas heterosexuales son medios de transmisión más altos que en los Estados Unidos, por lo que bien pudiera ser el caso de México más parecido al de los países en vías de desarrollo[29]. Comienza la campaña gubernamental de prevención contra el SIDA.

[29] "Con base en estudios preliminares es probable que la epidemiología del problema en nuestro país sea diferente a la de los Estados Unidos y más parecida a la de otros países en vías de desarrollo donde se ha detectado que tanto la transfusión sanguínea como la transmisión heterosexual es importante". En el *Boletín Mensual SIDA, del Sector Salud,* número 1, marzo 1o., 1987. Según la misma información, en un estudio de 100,000 muestras de sangre de donadores remunerados, llevados a cabo por el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS), mediante pruebas de tamizaje (ELISA), durante 1986, se encontraron proporciones de seropositividad desde el 0.04, hasta el 5.5 por ciento, mientras que en Estados Unidos los porcentajes detectados fueron 0.03% en unidades de sangre y 0.15% en unidades de plasma. Se

Con fecha del 1o. de abril el Presidente de la República, Miguel de la Madrid, expide Decreto de Reforma y Adiciones a la Ley General de Salud, para su discusión y aprobación en las Cámaras de Senadores y de Diputados, y sienta las bases del programa gubernamental contra el SIDA, bajo los lineamientos siguientes: "La vigilancia epidemiológica por parte de la Secretaría de Salud o a la autoridad sanitaria más cercana, de los casos en que se detecte la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o de anticuerpos a dicho virus, en algunas personas; la prohibición del comercio de la sangre en el país"[30].

En esencia, un programa que se mueve estrictamente dentro de marcos oficiales conocidos —el dictamen administrativo y las acciones de vigilancia—, cuidándose de no tocar el aspecto sexual, aún cuando éste sea correlativo a la enfermedad. Lo que pudiera interpretarse, o bien como simple problema de desconocimiento del tema, o reflejo (combinado) de la presencia de viejos atavismos que no permiten mirar el sexo directamente, sino soslayadamente, asexuadamente, sin escenas "fuertes" ni protagonistas de carne y hueso. Lo que interesa en todo caso al Gobierno es abordar el problema por otros caminos que no sean los de la población sexualmente activa en sus distintas orientaciones: homosexualidad, heterosexualidad, bisexualidad, etcétera.

Esto es, a través del control del virus por medio del comercio de la sangre, según palabras del propio Presidente Miguel de la Madrid: "En atención de que un importante número de casos de SIDA puede originarse por la utilización terapéutica de sangre proveniente de personas que la proporcionan a cambio de una remuneración, se pretende establecer medidas de control más directas para la prevención de dicha enfermedad, que si bien su baja incidencia hace que a la fecha todavía no constituya un problema serio de salud pública en nuestro país, ya que hasta octubre de 1986 sólo se habían reportado 249 casos, frente a los 26,175 notificados en Estados Unidos de América hasta el 13 de octubre de 1986, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ahora es el momento apropiado para actuar con mayor rigor en la ejecución de acciones que la prevengan dado que, además, el SIDA es una enfermedad transmisible de alto grado de letalidad contra la cual hasta el

indica además que la más alta prevalencia (de anti-VIH en donadores de sangre) se encontró en el Hospital General Número 25 ubicado en Nezahualcóyotl con una proporción del 5.4%.

[30] Miguel de la Madrid, *Decreto de Reforma y Adiciones a la Ley General de Salud*. Artículos 134, Fracción XIII, 134, 333, 445, Fracción II, abril 10, 1987.

momento no existe remedio terapéutico y la esperanza de hallarlo es a largo plazo''[31].

En estricto sentido, se trata de un programa determinado por lo administrativo (no hay más programáticamente). Vía instalación de mecanismos y aparatos correspondientes: constitución del CONASIDA y funciones normativas; coordinación de la detección-notificación de los casos de SIDA y sero-positivos; edición del Boletín Epidemiológico de SIDA del Sector Salud; divulgación de información a los ''grupos de alto riesgo'', y elaboración y difusión de material educativo para el personal médico y paramédico, como el documento denominado Pautas para la Regulación y Control del SIDA en México[32].

En suma, son acciones detenidas en la detección, diagnóstico y clasificación del problema, estrictamente. No extensivas a otras prioridades claves como son: la garantía de atención terapéutica (adecuada) a las personas con SIDA y sero-positivos; el seguimiento epidemiológico *in situ;* la investigación de terapias aplicables; el estudio científico; la difusión de información preventiva a la altura de la prevención social de enfermedades fisiológicas y *enfermedad mental,* a salvo de la señalización sobre ''grupos de riesgo.''

Sus ventajas y desventajas fueron claras en el propio debate que libraron los diputados el 25 de abril. Sólo dos partidos, el PRT y el PAN, abordarían los problemas de moral social que subyacen en torno a una enfermedad como el SIDA, mientras la mayoría de diputados (priístas y de oposición) se mantendrían prácticamente dentro de los propósitos oficiales: la prohibición del comercio sanguíneo; soslayando la magnitud del problema social y no percibiendo las implicaciones que tiene una enfermedad propia de la vida sexual moderna, ni advirtiendo los peligros que su tratamiento puede representar para ciertos grupos desprotegidos —desde antes— de sus derechos civiles, como los homosexuales y prostitutas.

Hacia allá apuntaban los puntos de vista expresados por la diputada Rosalía Peredo, del PRT, y la diputada Cecilia Romero Castillo, del PAN. Hacia la discusión de los derechos civiles implicados en la prevención. La primera, alertando sobre los peligros de que un programa gubernamental limitado a la vigilancia del problema pudiera derivar en la violación de los derechos elementales del ser humano, en especial de los homosexuales. Mientras que Cecilia Romero Castillo, desde la posición contraria, propone que la prevención esté dirigida al combate de las causas de la enfermedad, que se-

[31] Idem.
[32] *Boletín Mensual SIDA del Sector Salud.* Año 1, No. 1, mayo 1o. 1987.

gún ella, se derivan de la degeneración sexual. La discusión, sin embargo, no pasó de estas dos diputadas, en virtud de que la atención mayoritaria de los parlamentaristas estaba en otra parte: en el control técnico del virus, en la *neutralidad* médica: *el Sector Salud se mueve por criterios científicos, no por criterios morales...*

La difusión del programa oficial. A principios de mayo, la opinión pública entra en contacto con el programa. Despliegue publicitario sobre el CONASIDA. Boletines informativos en los medios de comunicación haciendo énfasis en los avances estadísticos del virus y en los medios de contagio. Uno que otro anuncio en la radio y en la televisión insistiendo en los ''grupos de alto riesgo''. Declaraciones públicas de funcionarios de Salud que se antojan modernas en un país como México; apertura de centros de información en las colonias Roma y Juárez y promesa de abrir otros en el interior de la República; charlas aquí y allá con grupos de homosexuales; reparto de cerillos en bares y discotecas con el lema incluído *¿SIDA? Yo no juego con fuego/Campaña de Prevención del Sector Salud contra el SIDA,* que promete ir tan lejos como en países prevenidos como Francia o Inglaterra, con reducido número de casos de SIDA y gobierno conservador, pero tapizado de información preventiva y repleto de anuncios televisivos sobre los usos y desusos del condón.

El nuevo programa, el nuevo discurso. No esconden las autoridades de Salud sus deseos modernizadores. Disertan con desenfado sobre el coito anal y anexas. Hablan del condón sin ruborizarse. La Directora del Centro de Información del CONASIDA, la doctora Gloria Ornelas, se mezcla entre un grupo de manifestantes homosexuales a la Alameda... Todo parece indicar que los funcionarios del Sector Salud entienden de sexología o han leído a Masters & Johnson. Aunque en estricto sentido, programa y discurso no acaben de ponerse de acuerdo, oscilando entre la sincera intención de prevenir bien y la falta de eficacia, entre los deseos de no moralizar sobre homosexuales y prostitutas y la inopinada moralización, entre el espíritu de servicio profesional y los gajes del oficio.

Las viscisitudes de un programa. Como lo muestra la doctora Gloria Ornelas, a propósito de la presentación de los centros de información del CONASIDA, se trata de un programa en proceso de elaboración y por tanto no exento de equívocos, asimismo, opina lo siguiente:

Sobre los objetivos de la prevención:

Para la prevención no basta con la información que

puedan dar las autoridades, sino que es necesario el cambio de pautas del comportamiento de los grupos de alto riesgo, que es lo más difícil de lograr y lo que centralmente interesa al CONASIDA: educar, cambiar las pautas de comportamiento.

Nuestra experiencia hasta ahora, ha sido con el uso del preservativo. Estamos tratando de introducirlo no como una medida asociada a la muerte o a la prevención de una enfermedad mortal, sino como un instrumento sexi ¿no?; enseñar a las mujeres, con el apoyo de las prostitutas, a enseñarle al hombre que el preservativo es una cosa sexi o que se ve muy padre, que ellas sienten riquísimo, que ellos *van a sentir padre* también, y que puede volverse parte del ritual sexual para que no se tenga que interrumpir y se pierda la inspiración. Ese es el tipo de cambio de comportamiento que tratamos de lograr.

Sobre los motivos (no tan admisibles) que determinaron la creación de los Centros de Información del CONASIDA:

Cuesta más de 10 millones de pesos la estancia de un paciente en un hospital y el Sector Salud no podría solventar los gastos, pues inclusive el tratamiento en sanatorios particulares es muy caro y el gasto se hace para nada, pues el enfermo grave irremediablemente muere y eso es muy triste... Por esa razón, las instituciones de Salud decidieron invertir en la prevención del padecimiento.

Sobre los "grupos de riesgo" (homosexualizado):

La población abierta por ahora no corre riesgo, porque en México son pocos los casos graves que se han presentado y el padecimiento está autolimitado al grupo homosexual, por definición, porque se introdujo en él... En nuestro país, sin embargo, existe una gran población bisexual que es potencial transmisora del virus a la población heterosexual, hombres o mujeres.

No es un accidente que ocurra con mayor frecuencia en las relaciones hombre-hombre. El ano no tiene lubricantes como la vagina. No tiene las mismas defensas naturales de la vagina o la boca, que son orificios adaptados para defenderse del exterior. El ano no. Al haber penetración se fricciona y se permeabilizan mucho los tejidos anales, facilitando el paso del semen eyaculado a

la sangre. No necesariamente se podrá ver la fisura causada, porque el microbio es microscópico y puede pasar entre los poros (¿Qué diría la mayoría de heterosexuales, hombres y mujeres, contagiados en Africa y Haiti? ¿qué la vagina no está adaptada para la penetración?).

Sobre los riesgos (siempre no homosexualizados) y otros riesgos:

De las 360 llamadas que saturan dirariamente las tres líneas telefónicas del Centro del CONASIDA, el 5 por ciento son de gente que quiere denunciar a algún vecino homosexual, pidiendo medidas coercitivas, lo que definitivamente no se hará, como tampoco se forzará a que se hagan pruebas obligatorias a los grupos minoritarios de homosexuales o de prostitutas, indocumentados o gente que requiere visa para cruzar la frontera. Además, el hecho de que una persona sea homosexual no quiere decir que le va a dar SIDA, aunque los homosexuales promiscuos están especialmente expuestos.

Sobre la ética médica y la moral sexual:

Nuestro deber como médicos, y en la ética profesional, tenemos la obligación de mantener el respeto a la preferencia sexual de las personas. Respetamos la individualidad de cada persona y su derecho a escoger el sexo, pero es nuestro deber recalcar los riesgos en caso de promiscuidad, pues sabemos que no va a tener éxito una campaña con protitutas y homosexuales para que dejen de serlo[33].

Siguiendo con los grupos de alto riesgo, homosexualidad-bisexualidad, una voz liberal más autorizada, Margo Su, acepta y propone lo que otros callan:

La enfermedad vendrá a descubrir que en nuestra población masculina, a pesar del machismo y los bigotes, hay un elevado número de bisexuales. No reconocer

[33] *La Jornada*, mayo 21, 1987.

este hecho, presenta el primer obstáculo para el control del contagio, ya que a través del bisexualismo, el virus se cuela a todos los géneros puros de nuestra respetable y cristianísima comunidad. Su especie está dirigida a la promiscuidad y a la homosexualidad, (y) aunque el hombre no es monogámico por naturaleza, a lo mejor nos encontramos con la sorpresa de que conociendo mejor a la pareja, podemos formar verdaderos lazos, profundos y estables. Aunque para nuestra tradición atávica, su alternativa es menos grave que la otra que denuncia: negarnos a reconocer una enfermedad ocultando su origen (sexual), aceptándolo como azote bíblico, sería una regresión mental al oscurantismo en plena era electrónica. Nos llevaría a buscar culpables en los grupos minoritarios más débiles para destruirlos física y mentalmente a la manera de los tiburones, única especie que, al igual que el hombre, se destruye a sí misma[34].

Otros sectores, sin embargo, como la Iglesia, no están de acuerdo con ninguna forma de sexo sin riesgo, y en su lugar proponen el retorno a la noche de los tiempos.

El vocero oficial del Episcopado Mexicano, obispo auxiliar de la ciudad de México, Genaro Alamilla Arteaga, asegura que la única manera de combatir con eficacia el SIDA es respetando las leyes naturales y los mandamientos de Dios. *Ciertamente el SIDA ha puesto en guardia a las autoridades de salud del país, como a las de otros países en donde está presente ese mal, ya que éste es un hecho. Pero el remedio que se trata de aplicar, como es el de repartir calcomanías en que se invita al uso de preservativos, o la venta de cerillos con un condón incluido, no alivian en nada a la sociedad y sí provocarán un daño mucho más severo... Con ese tipo de publicidad se motivará al homosexualismo y a la pérdida de valores, que pese a todo, el pueblo mexicano aún tiene. También se incrementará la prostitución y se orillará a la juventud a iniciarse en la actividad sexual, cuando aún no está preparada ni física ni mentalmente.*

Otro vocero del Episcopado Mexicano, el jesuita Francisco Ramírez Meza, añade: La Iglesia Católica Mexicana apoyará las medidas adoptadas por las autoridades del Sector Salud para combatir y prevenir el SIDA y procurará incluso que los ministros del culto de todo el país otorguen información y orienten a los ciudadanos sobre dicha enfermedad, inclusive en las homilías. Aclara, sin embargo, que el SIDA es castigo de la naturaleza —"¡Dios perdona

[34] *La Jornada*, mayo 21, 1987.

siempre, los hombres algunas veces; la naturaleza nunca!''—; que en el fondo de todo esto se encuentra el quebrantamiento de las enseñanzas del evangelio. Afirma, no obstante, estar a favor de las medidas del Sector Salud, en especial de la clausura de los bancos privados de sangre y modificación de la Ley General de Salud, aunque la Iglesia, insistió, observante y guía para que se respeten las Leyes Divinas, rechaza no sólo las relaciones sexuales extramatrimoniales, sino la práctica de la prostitución, el homosexualismo y el uso de las drogas[35].

Por su parte, la Asociación Nacional Cívica Femenina (ANCIFEM). el Comité Nacional Pro-Vida, el Movimiento Conciencia Católica y el Movimiento Juventud Testimonio y Esperanza, califican de *grotesca e inmoral la campaña del Sector Salud contra el SIDA*.

En mayo, la epidemia del pánico es evidente, vientos del sureste lo confirman: miedo y violencia social son factibles e intercambiables; viejos prejuicios sobre los homosexuales y el sexo están en la calle. El gobierno, las autoridades de salud y la opinión pública están advertidos.

Mérida, Yucatán

Bajo el lema ''que Dios nos ayude en esta campaña'' se inició aquí una ''cacería de brujas'' en contra de homosexuales, lesbianas y travestis, la cual tiene como fin erradicar ''las prácticas amorosas ajenas a la moral'' y evitar la propagación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En una acción que recuerda las cruzadas medievales, asociaciones de padres de familia, agrupaciones de estudiantes universitarios y grupos católicos, algunos apoyados por la iniciativa privada, piden ''que se denuncie públicamente a homosexuales y lesbianas, que son quienes han propagado enfermedades como el SIDA''. Esta mañana, todas las escuelas y facultades de la Universidad Autónoma de Yucatán amanecieron tapizadas de mensajes y carteles en los que se exhorta a niños y jóvenes a denunciar actitudes homosexuales y se pide actuación jurídica en contra de ellos. Se exige también la clausura de centros nocturnos ''en donde trabajan travestis homosexuales y bisexuales''. Los carteles coinciden todos en la necesidad de que públicamente se den a conocer a las personas homosexuales y a quienes viven con ellos. ''Denuncia a homo-

[35] *La Jornada*, mayo 26, junio 12, 1987; *El Universal*, junio 6, 1987.

> sexuales y lesbianas", se pide con grandes letras en varios carteles, y luego se explica la necesidad de erradicarlos de parques y lugares públicos donde actúan. La justificación que se da es que el SIDA ha proliferado en Yucatán debido a los homosexuales, por lo que se pide también acción jurídica contra ellos. Los carteles y mensajes están firmados por la Unión de Padres de Familia de Mérida, Juventud Católica Universitaria, Juventud y Compromiso, y Juventud Amor y Fuerza entre otras agrupaciones, varias de ellas apoyadas por la organización que se ostenta con el nombre de Asociación Nacional para la Moral, presidida por el dirigente empresarial yucateco Víctor Arjona Barbosa. (Roberto Fuentes Vivar, *La Jornada*, mayo 4, 1987).

La escalada, sin embargo no prospera. Médicos y sociedad civil la conjuran al instante, la enfrentan y denuncian como lo que es: un chantaje político de la derecha.

La opinión del titular de los servicios de salud en Yucatán, doctor Oscar Cuevas Graniel, el mismo día de los hechos:

> Ningún delito que perseguir en contra de los homosexuales. Se han comenzado a tomar medidas sanitarias contra la proliferación del SIDA, como son las del control estricto de las transfusiones de sangre[36].

El doctor Alejandro Guerrero, especialista en enfermedades infecto-contagiosas del IMSS de Mérida:

> Ya basta de satanizar a los enfermos de SIDA y a los homosexuales. ¡Es como si estuviéramos en la época en que al leproso le ponían una campana y lo dejaban morir solo, como apestado![37].

Doctor Jaime Sepúlveda Amor, director general de Epidemiología de la Secretaría de Salud y presidente del CONASIDA:

> La Secretaría de Salud condena enérgicamente la persecución de que son objeto los homosexuales tomando como pretexto el SIDA. Nosotros tenemos el más abso-

[36] *La Jornada*, Roberto Fuentes Vivar, mayo 7, 1987.
[37] *La Jornada*, mayo 8, 1987.

luto respeto por la preferencia sexual de las personas. La falta de información acerca de la causa de la enfermedad y sus formas de contagio han difundido la idea errónea de que el SIDA es causado por la homosexualidad, con lo cual se corre el riesgo de que se exacerben actitudes antihomosexuales. La Secretaría de Salud tiene el más absoluto respeto por la preferencia sexual de las personas. La información que se proporciona es confidencial y no se maneja la identificación del enfermo. Los datos que se investigan se refieren a los antecedentes que pueden explicar la forma de contagio como son homo y bisexualidad, transfusiones, abuso de drogas y contacto con personas infectadas o en riesgo de estarlo[38].

Doctor Víctor Torrás, especialista en hematología del Hospital—Centro Médico Nacional del IMSS:

> Ha comenzado una especie de cacería contra los homosexuales, exagerándose la información que se tiene sobre la enfermedad. El SIDA está siendo utilizado contra los homosexuales, no obstante que éstos no son responsables ni de la aparición de la enfermedad ni de su incremento[39].

El vocero oficial del arzobispado de Mérida asegura no conocer la existencia de los grupos Juventud Amor y Fuerza, Juventud y Compromiso, Juventud Católica Yucateca[40].

La socióloga Yolanda Oliva Peña, del Instituto de Ciencias Sociales de Mérida:

> La actitud de esos grupos católicos es totalmente represiva. el homosexualismo como fenómeno social existe, por lo que atacar a los homosexuales es atacar a toda la sociedad[41].

La opinión de algunos homosexuales de Mérida:

> "Nosotros no somos para la sociedad más que maricones, jotos o putos. A nosotros se nos niega el acceso

[38] *La Jornada*, mayo 26, 1987.
[39] *La Jornada*, mayo 20, 1987.
[40] Ibid.
[41] Ibidem.

a los servicios... /A mí en esa cafetería no me dan servicio, porque dicen que les voy a pegar el SIDA. /Sí es cierto, a mí una vez allá por la colonia Bojórquez me apedrearon nada más porque soy diferente.

En los camiones a mí me ha tocado que hasta se hagan a un lado cuando voy a pasar. ¡Ay Dios, como si les fuera a hacer yo algo!"[42]. *(En el Foro sobre la Frontera sur en Chetumal, Quintana Roo, el 7 de mayo).*

La denuncia de dos representantes del estado de Campeche:

"... la represión en contra de homosexuales al estilo de "cacería de brujas" se ha comenzado a registrar en Campeche, en donde se ha prohibido a travestis deambular por el centro de la ciudad y se han hecho razzias contra personas de sexo "diferente"[43].

El pronunciamiento de Eraclio Zepeda en nombre del Partido Mexicano Socialista (PMS):

"... no debe haber persecuciones y actos de vandalismo contra grupos de personas por su conducta sexual"[44].

La postura del diputado priísta Roberto Alcalá Ferráez de Campeche: se pronuncia en contra de las medidas dictadas por el ayuntamiento priísta de la capital campechana y defiende el respeto a la libertad de cada individuo[45].

En la ciudad de México, el periódico *La Jornada* asienta su posición (editoriales del 3 y 20 de mayo, respectivamente):

La eventualidad de linchamientos morales debe ser motivo de preocupacion de todos. Autoridades y opinión pública tienen la obligación de reflexionar en torno a lo que ha costado ir abriendo cauces para la expresión y recreación del México real, con su pluralidad, diferencia, desigualdades, en prácticamente todos los terrenos del quehacer político, social, económico, cultural y sexual. Combatir el SIDA es un asunto de política de salud. Las autoridades han tomado una serie de medidas en ese asunto y esa es su obligación. Ahora, al parecer, será necesario evitar que grupos inquisitoriales se monten en esas campañas con el objetivo de amedrentar y perseguir a los homosexuales.

[42] *La Jornada,* mayo 8, 1987.
[43] *La Jornada,* junio 5, 1987.
[44] Ibid.
[45] Ibidem.

La persecución y la condena moral injustas e ilegales son, en este caso, agentes favorables a la difusión de esta enfermedad, o de cualquier otra; el miedo, como es sabido desde tiempos inmemoriales, es uno de los caballos sobre los cuales cabalgan las pestes. Convendría por eso que la campaña informativa que por diversos medios de difusión viene desarrollando la Secretaría de Salud, incluyera como un elemento fundamental una adecuada y precisa desmitificación de las conductas persecutorias y segregadoras contra quienes sufren ésta o cualquier otra enfermedad.

Manifiesto a la opinión pública firmado por decenas de ciudadanos, entre intelectuales, dirigentes políticos, representantes de organismos civiles en pro de los derechos humanos y miembros de congregaciones eclesiásticas:

... no serán ni el prejuicio ni el linchamiento moral que incita al linchamiento físico, los que rijan nuestra conducta social frente a un problema de salud pública que nos compete a todos. Los avances de la sociedad mexicana exigen respuestas maduras frente al fenómeno, sobre la base del respeto a los derechos humanos y civiles de lesbianas y homosexuales, el respeto a los derechos de los enfermos (cualesquiera que sean sus orientaciones sexuales), una actitud ética y veraz de los medios de información y orientación a la población sobre formas de sexo seguro[46].

Dos casos de SIDA causaron escenas de pánico en dos pueblos de Guerrero.

José Socorro Maciel Fajardo, 27 años, se fue a Estados Unidos como marino y vivió en Chicago por un buen tiempo. Hace tres meses que regresó a su natal San Luis San Pedro, Guerrero, y se sintió enfermo. En mayo, el mal se manifestó... El diagnóstico fue implacable: tiene SIDA. Brigadas médicas fueron por él a su pueblo natal, donde esperaba los resultados de los exámenes. Pero los padres de José Socorro se negaron a entregarlo. *De la casa no sale; si es la voluntad de Dios llevárselo, aquí en su casa se lo entregaremos,* dijeron los padres del enfermo a las brigadas médicas que volvieron el 20 de mayo.

El enfermo ya estaba grave.

[46] *La Jornada,* mayo 28, 1987.

No faltó quien corriera la voz que al pueblo había llegado *un enfermo extraño,* que contagiaba e "iba a ser fatal para todos los habitantes".

La segunda quincena de mayo fue un martirio para los padres del enfermo: todo mundo les daba la espalda si salían a la calle; les cerraban las puertas; no les surtieron gas doméstico. El colmo llegó cuando iban al mercado y los comerciantes les decían que tomaran lo que quisieran, que no pagaran, por miedo a contagiarse con su dinero.

Todo San Luis, de unos ocho mil habitantes, se llenó de pánico. Una escuela, situada al lado de la casa de la víctima, la *Emiliano Zapata,* suspendió sus actividades por el miedo al SIDA. El profesor Juventino Eugenio Rodríguez, director de la escuela, acepta que ante la sicósis él, los profesores y los padres de familia, acordaron cerrar la escuela los días 26 y 27 de mayo. *Durante esos días, vinieron brigadas médicas y nos explicaron las prevenciones que había que tomar. Se nos dijo cuáles eran las formas de contagio y que de ninguna manera lo eran el saludo o un abrazo. Con esto disminuyó un tanto el pánico.*

José Socorro Maciel falleció la madrugada del 27 de mayo. Doña Beatriz, su progenitora, su esposo y un familiar más, fueron las únicas personas que lo velaron. La caja no fue cargada en hombros, como se acostumbra; fue subida en una camioneta del ayuntamiento, que seguida por el cortejo fúnebre de sólo cinco personas, trasladó el cuerpo.

Carlos Caballero, 24 años, murió a principios de abril en un hospital de Acapulco. Nació en Xaltiánguis, pueblo localizado a 50 kilómetros al norte de Acapulco, en dirección a la ciudad de México. Caballero tenía fama de bisexual; también se fue a trabajar a Estados Unidos, a Los angeles. Subitamente enfermó de un pulmón; fue a Houston, le extirparon el pulmón y lo enviaron a México, supuestamente ya sano. Caballero regresó a Xaltiánguis y eso lo supo la mayoría del pueblo. A mediados de marzo comenzó a sentirse otra vez mal. Intensos calores invadían su cuerpo, los que él achacó a la operación y para calmarlos se pasaba largas horas en el río cercano del pueblo. Sus familiares lo llevaron al hospital de Acapulco; en principio, los médicos pensaron que era leucemia. Se le hicieron análisis: tenía SIDA.

Entre el 15 y el 30 de marzo no faltó quien corriera la voz en Xaltiánguis. Entre esas fechas, al paciente se le permitió volver a su domicilio. Fueron días de calvario para los padres del enfermo. La misma historia de pánico que vivió San Luis San Pedro la vivían ahora los 10 mil habitantes de Xaltiánguis. La gente ya no quería ir al río; el agua que regalaba la pipa y que se extrae del Río Xaltiánguis, nadie la quería; toda la gente estaba te-

merosa de que las aguas estuvieran contaminadas. El pueblo marginó a la familia Caballero y hubo momentos en que se temió que les fueran a quemar su vivienda... En los primeros días de abril, Carlos Caballero murió. El cádaver no le fue entregado a la familia; fue incinerado en Acapulco. En el pueblo no desapareció el temor. *Que todo el pueblo va a quedar contagiado porque el río tiene SIDA. Que la familia nos va a contagiar a todos...* Ante el pánico, intervino el párroco del lugar, quien solicitó un documento que fue fijado en algunos puntos del lugar, en el que se dictamina que *el muchacho había fallecido de tuberculósis.* (Revista *Proceso*, Número 554, junio 15, 1987).

Veracruz.- Grupos de homosexuales y de travestis son expulsados de dos ciudades de la entidad —San Andrés Tuxtla y Papantla—, a iniciativa de las autoridades municipales, acusados de dañar la moral pública y de pervertir a menores de edad. El delegado estatal del PRI y alcalde de la ciudad de San Andrés Tuxtla, licenciado Luis Miguel Díaz del Castillo, dispuso que la policía detuviera a los homosexuales de la ciudad y foráneos, los privara de su libertad, los rasurara a "coco" y les dieran 24 horas de plazo para abandonar la ciudad... Todo esto, a raíz de que los socios de varios clubes sociales exigieron al presidente municipal su expulsión, argumentando que *habían seducido a una parte importante de la población juvenil.* En Papantla, el Grupo Independiente Papanteco realizó una huelga de hambre frente al palacio municipal para exigir al alcalde Blas Milo Squitin la expulsión de un grupo de travestis. A la cruzada se sumaron directores de escuelas secundarias y preparatorias y hasta el cura del pueblo, quienes finalmente vieron satisfecha su demanda. (*La Jornada*, Luis Velázquez, mayo 6, 1987.

EPILOGO. ¿REDEFINICIONES PROGRAMATICAS?

La *enfermedad inventada* es tan real como sus afectados: por antonomasia, los llamados "grupos de riesgo" y los enfermos e infectados, amenazados de pasar del señalamiento culpabilizador al linchamiento a manos de la turba. Las autoridades no pueden eludir replantearse el problema. Señalan al amarillismo y a los sectores conservadores como los promotores de mentiras y homofobias, aunque no sea éste más que un acto de descargar la culpa sobre los otros y omitir las propias responsabilidades. Sin embargo, si no se

incluyen en el señalamiento tampoco pueden dejar de aludirse indirectamente: sin llamarse por su nombre se cuestiona entre colegas, se desautorizan torpezas, se exhibe la confusión médica no tan veladamente.

Doctor Víctor Torrás, con 20 casos tratados de SIDA:

> Se calcula que el 50 por ciento de la población homosexual en México está infectada, por lo que son infectantes...[47].
>
> En una institución bancaria donde yo presto mis servicios ocurrió que el año pasado tuvieron un caso de SIDA que falleció en octubre. En agosto lo empecé a estudiar, me lo enviaron por sospecha de un linfoma; se le hicieron estudios y lo que tenía era un Sarcoma de Kaposi. Los coordinadores del servicio médico del banco me preguntaron si sería conveniente checar al resto del personal y me pareció que valdría la pena hacerlo para saber cuántos más estaban infectados. Se hizo la prueba y en abril pasado se detectaron tres infectados más, que no tienen aún ningún síntoma. La primera reacción del director y de otras personas fue que no los querían ver en el banco a pesar de que les insistió que no había riesgo ni en el comedor ni en ningún otro lugar de la institución y que por tanto no deberían abandonar su empleo. Uno de ellos trabajaba de consejero comercial en Alemania y cobraba por honorarios, lo más seguro es que no lo vuelvan a contratar. Los otros dos seguramente serán expulsados del banco[48].

Doctor Jaime Sepúlveda Amor:

> Se hacen afirmaciones irresponsables en los periódicos, como lo publicado por este diario —*La Jornada*— de que el 50 por ciento de los homosexuales en México están contagiados, lo cual es una versión completamente falsa y sin fundamento alguno. En la televisión se ha entrevistado a enfermos con SIDA sin consideración alguna a la más elemental ética médica. El impacto alarmista de la información produce confusión, tanto en el público en general como en los "grupos de alto riesgo", al difundir ideas erróneas en cuanto a las formas de contagio de la enfermedad y sus causas. Es una situación a la que no sólo contribuyen los medios amarillistas, sino también los conservadores cuya ignorancia y actitudes apuntan a la confinación obligatoria de homosexuales o impedir que se apliquen recursos médicos a los que padecen la enfermedad[49].

[47] Ibid.
[48] *La Jornada,* mayo 20, 1987.
[49] *La Jornada,* mayo 26, 1987.

No es una discusión falsa, sin duda alguna. Como lo confirma el doctor Víctor Torrás, el personal médico está lejos de haber comprendido la enfermedad y la prevención por fuera del prejuicio moral. Sin embargo, el problema es más complejo. El mismo Sepúlveda Amor (y el propio Guillermo Soberón), por más que sus llamados son bien intencionados, en cuanto a descargar las presiones sociales sobre los *grupos de riesgo* y entender el fenómeno como un problema de salud pública, no dejan de ser limitados y superficiales, en tanto que no van al fondo del problema, a la superación del discurso original de los *grupos de riesgo,* y se quedan oscilando entre el problema del *riesgo marginalista* y el problema del *riesgo social.*

Lo cierto es que una enfermedad como el SIDA, que implica lo sexual y por tanto prácticas y actitudes culturales de la sociedad frente al sexo, no tiene solución al margen de los protagonistas reales: el conjunto social sexualmente activo. En este sentido, pero sólo en éste, tienen razón las autoridades de Salud cuando sugieren que la sociedad debe de asumir el problema como suyo y encontrar las formas de combatirlo sin afectar los derechos de otros. Lo que implicaría, en primer lugar, que la sociedad civil intervenga y aborde el problema desde la discusión amplia y plural en la que participen médicos, legisladores, psicólogos, los mismos enfermos y ciudadanos en general, y resuelva sobre aspectos fundamentales como la ética, el respeto a la dignidad y a la libertad sexual de los individuos, la confidencialidad sobre los afectados, la actitud de la sociedad para con éstos y la responsabilidad con que los enfermos asuman su problema frente a ella. Dicho de otra manera, el problema debe abandonar la esfera de los *grupos de riesgo,* salir del coto cerrado de los especialistas médicos y arribar a las instancias de la sociedad civil y el gobierno, donde corresponde determinar sobre la serie de asuntos sociales implicados: como la solución de la marginación de lo sexual en las prioridades de salud pública, el reconocimiento y garantía de las libertades individuales sexuales dentro de los derechos civiles de la sociedad, la superación social y jurídica de la intolerancia y el tabú como forma de mirar el sexo y sus accidentes patológicos como el SIDA, y por supuesto, la garantía de un trato humano y respetuoso, social y médico, a los enfermos y contagiados, cualquiera que sean sus orientaciones sexuales.

Como es claro, sin embargo, no es fácil que la sociedad se comprometa frente a un problema como el SIDA, sobre todo cuando su contacto con él ha estado guiado fundamentalmente por las suspicacias, las ambigüedades y las mentiras de la información —tanto de médicos como de periodistas—. No obstante, no tiene

más alternativa que admitir que el problema está aquí, entre sus miembros, en las alcobas de la sociedad, so pena de verse envuelta en un conflicto de proporciones impredecibles. Ciertamente. Y si ella ignora aún esta magnitud del problema, debe conocerlo inmediatamente: debe saberlo todo acerca de la enfermedad y sus avances, sus medios de contagio, sus formas de prevención, la situación de los enfermos y contagiados, etcétera. Debe ser enterada pormenorizadamente: de las acciones oficiales en contra del problema, campañas de prevención, atención médica, necesidades presupuestales, como de la situación que guarda la ciencia y los médicos respecto del conocimiento de la enfermedad; que no va más allá de que el contagio ocurre por medio de la sangre-contactos sexuales y que su prevención es posible con el uso de condones, cuando que la mayoría de aspectos —orígenes, causas, letalidad, cura— son objeto de las más distintas y encontradas teorías... al margen de la sociedad: si la gente ha oido las teorías oficiales (Robert Gallo-Montagnier), que sostienen que el SIDA es causado por el VIH y por nada más. Si ha oido decir a estos mismos científicos que el periodo de incubación del VIH puede ser de cuatro, o cinco, u ocho años (¡ahora dicen que hasta cuarenta!) y su letalidad es infalible. Si ha oido especular a un profesor Montagnier sobre el origen del mal en los monos verdes que muerden a los humanos, o en la ingestión de carne de cecina de este animal, igualmente debe oir las demás teorías, tan creibles o dudosas como las anteriores... La teoría del doctor Peter Duesberg, estudioso de los retrovirus, que se opone a la versión oficial de que la patología del SIDA es provocada por el VIH, y sostiene que bien pudiera ser causada por cofactores no estudiados: contaminantes tóxicos, predisposición genética, infecciones concomitantes, prácticas sexuales riesgosas, etcétera. La teoría de los doctores Mark E. Whiteside y Caroline Macleod, que llama la atención sobre la probable incidencia de los ambientes contaminantes —destrucción ecológica, hacinamientos humanos, marginación, basura, etcétera—. Y también, por qué no, la teoría de los doctores Jakob Segal y Lilli Segal, que sostiene que el SIDA bien puede ser resultado de un error de laboratorio de investigaciones con fines militares en Estados Unidos.

El problema de informar. No es que las autoridades ignoren el papel clave de la información. La Secretaría de Salud ha dicho a propósito de la realización del simposio *SIDA: situación actual:* "La desinformación sobre el padecimiento y las formas en que se transmite, y más aun, sobre las formas en que puede prevenirse, es tan nociva como el mismo mal, pues sólo se crea temor en la población que queda sujeta a las especulaciones que se difunden". Y su

titular, Guillermo Soberón, ha completado en el primer Congreso Nacional sobre el SIDA: "No es con mayor número de camas como se enfrentará el problema, sino con amplias campañas de información y orientación, que continúan siendo hasta ahora, los instrumentos más eficaces para la prevención de la epidemia del siglo".

Tienen razón, sin embargo, el problema parece no tener soluciones inmediatas, sino más bien agravantes adicionales. Hasta ahora la población abierta no ha pasado de la malinformación absoluta: no sabe más que la enfermedad ataca a individuos "raros" (homo y heterosexuales). No pocas autoridades, por otra parte (e inclusive grupos del movimiento homosexual), que debieran tener oposiciones más fundadas acerca de un problema con el que están relacionados, están lejos de haber renunciado a las consignas fantasiosas y los consejos morales.

Gerardo Ortega Zurita/Grupo Homosexual de Acción Revolucionaria (GHAR):

> Reclamó en el Congreso Nacional sobre el SIDA y ante Guillermo Soberón del cierre sanitario de las fronteras del país, para evitar que se introduzcan más personas portadoras del virus... Si por razones económicas ello no se hizo en su oportunidad, ahora el costo social y económico será mayor[50].

Guillermo Soberón Acevedo:

> Si se hubieran puesto de acuerdo infectólogos, epidemiólogos, biólogos e ingenieros genetistas para diseñar un mecanismo diabólico que afectara a la humanidad, por más inventiva que hayan tenido, no podrían haber creado algo semejante al VIH...
>
> *Se trata de un retrovirus y quien es infectado lo llevará de por vida.* Afecta a células del sistema nervioso central y es de suponer que en los años por venir tendremos muchos casos de demencia, tantos como no se han visto hasta ahora[51].

Guillermo Soberón Acevedo, Jonathan Mann, Jesús Kumate, Jaime Sepúlveda Amor, en la misma reunión:

> Cuatro oradores, cuatro discursos y un solo rapto de moral victoriana. De la denuncia de la desinformación

[50] *Excélsior, diciembre 1o. 1987.*
[51] *Excélsior, La Jornada, Uno más Uno, El Universal* junio 11, 1987.

"que ha servido para desencadenar sentimientos que se habían mantenido ocultos en la sociedad contra los grupos de alto riesgo, quienes son acosados como un estigma social", al reforzamiento de lo mismo: *la única forma de proteger a la población de la enfermedad, que es mortal, es la adecuada educación sexual, retomar los valores morales, no tener más que una sola pareja y evitar la promiscuidad*[52].

Contradicciones más contradicciones menos, las autoridades hacen y dicen lo que pueden. Sin duda alguna. Y si nos atenemos a los reconocimiento públicos recibidos por su labor, el panorama bien puede ser menos crítico, y prometedor, cuando más si tomamos en cuenta su falta de experiencia en una materia tan poco tratada por los programas de asistencia social, como es la sexualidad.

Jonathan Mann, director del programa especial de SIDA de la Organización Mundial de la Salud, en el simposio *SIDA: situación actual:*

> La Organización Mundial de la Salud ha podido comprobar con satisfación que México se ha convertido no sólo en un líder de la región panamericana, sino que ha accedido ya al liderazgo mundial en lo que se refiere a los programas para prevenir el VIH en este país. México juega en estos momentos un papel historico en esta campaña y sirve de ejemplo para muchos países. Aquí se ha demostrado que hay voluntad para dominar el SIDA y no permitir que el SIDA nos domine...[53].

Inclusive un prestigiado columnista político, Miguel Angel Granados Chapa, escribió en el diario *La Jornada* palabras elogiosas de la labor realizada por el titular de la Secretaría de Salud, Guillermo Soberón, en torno al SIDA, en reconocimiento a su postura liberal y prudente frente a un problema tan resbaloso como éste, que le ha valido la rehabilitación de un pasado ligado al conservadurismo y la posibilidad de ser considerado entre los aspirantes a la Presidencia de la República del *handicap* priista[54].

Tampoco puede negarse, por otra parte, que las autoridades no hagan hoy esfuerzos mayores.

Hoy la doctora Gloria Ornelas, revaluando el programa del CONASIDA, corrige públicamente la versión de los *grupos de riesgo,* estableciendo que éstos no existen, sino que lo que existe son las *prácticas de alto riesgo*. No sin explicar también lo que ha sido el

[52] *Excélsior, La Jornada, Uno más Uno, El Universal,* junio 11, 1987.
[53] *La Jornada, Excélsior, Uno más Uno, El Universal,* junio 11, 1987.
[54] *La Jornada.*

decurso de la enfermedad; la cual transita de su paso "accidental" por el grupo de los homosexuales a la población abierta mediante los bisexuales *(sic)*. Planteamiento, que si no es completamente imparcial ni suficiente, al menos es indicativo de que el problema es menos de orientaciones sexuales que de prácticas de riesgo.

Hoy Guillermo Soberón reconoce que el problema social los rebasa. Que si no aplican mayores recursos para el sector salud, México quedará desarmado para combatir el SIDA, que amenaza convertirse a partir de 1988, en epidemia en nuestro país. Que el gobierno ha sido *"bastante liberal"* en cuanto a la aplicación de políticas para la prevención, pero que no se ha logrado convencer a la población del uso de preservativos. Que es urgente el suministro de adicionales recursos para afrontar el problema, pues se trata de un problema de salud pública que no se va a resolver con camas de hospital, sino con urgentes medidas de prevención para las que se requiere mucho dinero[55].

Jaime Sepúlveda Amor pronostica que para 1991 el número de casos de sidosos será cercano a los 20 mil, por lo que a partir de ese año el Sector Salud tendrá que preocuparse de la insuficiencia de camas para los enfermos[56].

Miguel Angel González Block, subdirector del Centro de Investigaciones de Salud Pública de la SSA, hace público que el número actual de infectados por el VIH oscila entre los 35 y los 70 mil casos. reconoce que las personas hoy enfermas no son atendidas eficazmente por la institución médica debido a la falta de recursos y a la organización actual de los servicios de salud, por lo que no puede hablarse aún de prevención efectiva. Confiesa que no se gasta lo que tendría que gastarse en el control de los seropositivos porque no hay control sobre ellos[57].

Roberto Castro, ponente en el primer Congreso Nacional sobre el SIDA, declaró que frente al serio problema económico que representa el SIDA, se tiene que afrontar con prontitud el problema de la estigmatización que enfrentan los enfermos en el país, pues de lo contrario no podrá ser atacado con efectividad, si continúan las actitudes sociales que tienden a marginar a los afectados, como son: el rechazo practicado por la mayoría de la población; la tendencia a evitar el contacto con el paciente; la discriminación en los distintos ámbitos de la sociedad; el ataque físico, y el exterminio del enfermo[58].

[55] *El Universal, La Jornada, Excélsior, Uno más Uno*, diciembre 1o., 1987.
[56] *La Jornada*, noviembre 25, 1987.
[57] *La Jornada*, diciembre 7, 1987.
[58] *La Jornada*, diciembre 2, 1987.

El giro es notorio. Se aborda finalmente el problema social: la verdadera dimensión del fenómeno no está en la sangre sino en otra parte: en el sexo en la sociedad, amenazando con desbordar cálculos, previsiones y capacidades oficiales. Dos años después de dar vueltas en torno a supuestos "grupos de riesgo", se cae en la cuenta de los riesgos realmente existentes: la acumulación de contagios con rumbo a epidemia nacional en 1988, la amenaza de la intolerancia social como trato hacia los enfermos (al extremo de los actos de violencia y de exterminio fisico), y el control inexistente (porque no lo hay, así lo confiesan las autoridades) sobre la carrera epidemiológica, y la falta de capacidad asistencial y de información preventiva por parte del Sector Salud. En síntesis, no es más que la llegada al problema desde dos conclusiones igual de realistas como apabullantes: el problema social es tan real como reducidos los márgenes de solución.

¿Cómo explicarnos esta posición? O las autoridades han llegado tarde al problema y ahora muy poco pueden hacer, o bien son realistas de acuerdo a una lógica oficial: a partir de la cual la problemática social sigue siendo, después de todo, no importante ni prioritaria en tanto sexual, y en ese sentido no merecedora de un programa de lucha integral, más allá de los marcos técnicos administrativos, por parte del gobierno. No es improbable que así sea. Por lo menos dos hechos lo demuestran así: el argumento de la falta de recursos, aducido expresamente como el obstáculo central por parte de las autoridades, y la visión técnico administrativa (no política sexual) que sigue imperando en torno de lo sexual.

Sobre lo primero, si bien no puede subestimarse la carencia de recursos, que es real desde que existe una política de racionalización presupuestal, tampoco puede vérsele como la causa única, determinante de lo que pueden hacer o dejar de hacer las autoridades respecto del SIDA. Primero, porque de ello no se desprende necesariamente que no habrá más recursos para programas de salud pública, sino solamente que ellos serán suministrados y administrados con base en lo que se considera prioritario. Y aquí es donde está el problema, en qué es prioritario para el Sector Salud y, extensivamente, qué prioritario para el programa particular del SIDA: donde, por lo que se ve, no lo es la información sexual, ni la información de masas, ni la educación, etcétera. Un ejemplo muy claro de ello es la información en los medios electrónicos, donde se aplica una política que no trasciende los mensajes marginales de televisión —que no logran persuadir más que a unos cuantos de la prevención—, sin pasar a las decisiones de envergadura política como la reglamentación legal de tiempos especiales para la información pre-

ventiva, la distribución de responsabilidades entre los industriales farmacéuticos, etcétera.

Sobre lo segundo, el proceso es similar. Si las autoridades han llegado a la conclusión de que el SIDA es problema de *prácticas sexuales* y no de *grupos de riesgo,* el cambio no es más que formal en cuanto a estos últimos y relativo en cuanto a la señalización de responsables, sólo amplificada ahora hacia el espectro social, como individualizadora y centrada en los practicantes de *sexo riesgoso.* Del reconocimiento del problema social no se pasa, necesariamente, como sería deseable, al cambio consecuente del discurso técnico y moralizador, sino por el contrario a la reiteración de los mismos parámetros, amplificados y relativizados. Dicho de otra manera, aunque visto desde otros enfoques, el problema para las autoridades sigue siendo el mismo: concebir que la enfermedad como la prevención son problema y responsabilidad de los otros. Lo cual, de otro modo expresa el otro problema de fondo: la visión limitada de las autoridades acerca de lo sexual, que dista con mucho del SIDA como asunto de política social. De ahí que lo que se mantenga sea la contradicción, la consigna moral y la reversión de la culpa contra la víctima que, como lo demuestra el mismo Secretario de Salud, Guillermo Soberón, siguen teniendo la misma vigencia que antes:

> ***"Es necesario educar a la familia mexicana para evitar que se margine y discrimine a los homosexuales, pues ello permite que se cometan más actos sexuales indebidos... Entre ese grupo social existen sujetos recalcitrantes que sabiéndose seropositivos pero que saben que pueden adquirir el SIDA, se obstinan en efectuar prácticas que lo propaguen"*[59].**

enero de 1988

[59] *El Universal, La Jornada, Excélsior, Uno más Uno,* diciembre 1o. de 1987. La postura del Secretario de Salud muestra ampliamente los cambios operados en la política oficial ante el SIDA, pues se trata de un funcionario que en el pasado reciente tuvo expresiones de franca subestimación del problema y actitudes que rayaron en la imprudencia de convalidar las redadas como medio de prevención.



Foto de Sergio Carlos Rey

ECONOMIA POLITICA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO DEL SIDA EN MEXICO

miguel angel gonzález block

ECONOMIA POLITICA DEL SIDA

En este artículo se analiza la capacidad económica, organizacional y política del Estado para enfrentar el problema del SIDA. Las implicaciones sociales y organizacionales de la detección, educación, apoyo y seguimiento de la población bajo riesgo —única solución actualmente viable al problema— llevan a que se analice la organización política e institucional que mejor puede implantar estas acciones.

Por otra parte, el control epidemiológico tiene alto costo económico, fundado, como lo está, en el seguimiento de individuos por varios años con base en un equipo de salud interdisciplinario. Consideramos que los planteamientos de política de salud deben relacionarse estrechamente con sus consecuencias económicas. No obstante, la política de salud a seguirse y sus costos dependen de la dimensión del problema, la cual en el caso del SIDA, es extremadamente compleja. En efecto, como enfermedad emergente que es, desconocemos la evolución de sus características demográficas y la eficiencia de sus mecanismos de transmisión dentro del contexto socioeconómico y cultural mexicano. Sin embargo, el no intentar ver hacia el futuro, a pesar de las limitaciones, sería más costoso que el hacerlo sobre algunos supuestos cuestionables, mismos que podrían irse corrigiendo conforme avance el conocimiento que tenemos del problema. Consideramos que es sólo sobre este tipo de razonamiento que será posible hablar de consecuencias económicas y políticas del SIDA. Otra cosa sería aventurar una opinión sin ningún fundamento y por lo tanto, incapaz de orientar una respuesta socialmente organizada que sin duda se requerirá para controlar la

epidemia. Concluimos que la organización y la política que se adopte para combatirla no deberá ser específica al SIDA, sino que habrán de enfrentar este mal en el mismo movimiento que permita resolver otros problemas de salud que, a fin de cuentas, le son afines.

El impacto económico y político del SIDA debe buscarse allí donde tiene la mayor dimensión pública, y ésta no es, por cierto, los casos de SIDA reportados. El verdadero problema para la salud pública está en las personas que están contagiadas por VIH, pero que lo ignoran. Una vez que los individuos cobran conciencia de su situación, el problema público sigue siendo de importancia, aunque menor, aumentándose la importancia de los aspectos psicológicos—sociales. Cuando se manifiesta el SIDA, el problema de contagio se reduce drásticamente y, ahora, los problemas públicos se traducen principalmente en los costos para apoyar moralmente a los enfermos —moral que difícilmente escapará al cuidado terminal hospitalario—.

El análisis del contexto económico y político del SIDA debe, por lo tanto, privilegiar los problemas de su control epidemiológico, que consiste, además de en la educación y concientización masiva sobre el problema, en la detección de las personas seropositivas a VIH y bajo mayor riesgo de infección, el seguimiento de sus contactos sexuales, la educación, la asesoría psicológica, la atención médica especializada y el suministro de bienes y servicios profilácticos. No obstante, el análisis no debe descuidar el impacto que se verá en la atención hospitalaria y el cambio radical en los patrones de mortalidad. La dialéctica del análisis se mueve, entonces, entre las dificultades para emprender la prevención y las consecuencias de la propagación. Mientras más tardío y laxo sea el esfuerzo preventivo, más costos económicos, políticos y sociales tendrá, lo cual restará recursos y confianza para emprender la prevención y... así sucesivamente hasta llegar a un límite desconocido.

EL SECTOR SALUD FRENTE AL SIDA

Es claro que para evitar la infección debe establecerse un programa *masivo* de control epidemiológico de los infectados, además de una política global de educación y transformación de los patrones sociales y culturales de los mexicanos. El control epidemiológico puede darse, a su vez, al menos por dos caminos: primero, el *screening* masivo de amplios sectores de la población, y el seguimiento

de los contactos de aquéllos que muestran pruebas positivas confirmadas.

Ambos caminos, aunque complementarios, lo son sólo si no compiten por recursos y producen una maximización del control. Ambos métodos también tienen ventajas y desventajas conocidas y ampliamente analizadas[1]. Toda forma de control puede llegar a limitar los derechos y libertades individuales, máxime cuando se trata de una enfermedad letal, con las características de transmisión y la amenaza de propagación como las del SIDA. El control deviene, entonces, sumamente delicado a la vez que esencial. De allí que, como lo plantean Barry, Cleary y Fineberg, las pruebas deban de ser evaluadas con relación a sus consecuencias deseadas y no deseadas, tal y como lo son los medicamentos; a fin de cuentas, las pruebas ELISA son un remedio para un problema de salud pública, con consecuencias indeseables para el cuerpo colectivo como lo pueden ser las medicinas para el cuerpo individual.

Al percatarnos de esta situación resulta muy recomendable que las pruebas masivas tipo *screening* sean sometidas a una regulación gubernamental, tal y como lo son los medicamentos. En esta forma, se garantizará no sólo un uso más racional de los recursos, sino también el respeto y confianza a una forma imprescindible de control epidemiológico —confianza de la cual bien puede depender su éxito o fracaso—.

Esto nos lleva a considerar si las pruebas deben o no ser obligatorias, especialmente para los "grupos de alto riesgo" o poblaciones específicas, como homosexuales, prostitutas, prisioneros, soldados, etc. Al menos dos consideraciones iniciales son pertinentes. En la realidad, no existen "grupos de alto riesgo", sino *prácticas de alto riesgo*. El pretender identificar a los individuos que las ejercen por algún mercado cultural o social —si bien lleva a una mayor probabilidad de localizar casos—, deja de lado posiblemente a la mayor parte de la población que ejerce regular u ocasionalmente dichas prácticas riesgosas. Tal es el caso de la promiscuidad; el homosexualismo insertivo, para el cual en México no se le identifica cultural o socialmente; el bisexualismo, etc. Por otra parte, al abordar el problema con base en el concepto de "grupo de alto riesgo" se acrecienta el aislamiento de individuos cuyas prácticas los estigmatizan. Dicho aislamiento bien puede conducir a una actitud negativa para colaborar con el personal de salud, a quienes estas personas podrán llegar a identificar como una "policía médica". En la misma forma, si las pruebas se hacen obligatorias para ciertas cate-

[1] M. Barry, P. Cleary and H. Fineberg. "Screening for VIH infection: Risks, Benefits, and the burden of proof".

gorías como prisioneros, soldados, prostitutas, etc., entonces la población que mantiene una presentación cotidiana "normal" llegará a temer que el simple hecho de hacerse una prueba la ponga en riesgo de estigmatización[2].

Una prueba de que el control epidemiológico masivo puede ser exitoso bajo formas voluntarias es la vacunación. Cuando se le presentaba como algo "obligatorio", la población tendía al rechazo. No bien la educación difundió las bondades y necesidades de la vacunación, la población comenzó a exigirla como un derecho social. En México estamos a buen tiempo para ofrecer las pruebas ELISA de manera voluntaria, abriéndolas así a toda la población y priorizándolas solamente con base en categorías estadísticas y abstractas —y no culturales—, como lo es la población masculina urbana entre 25 y 44 años de edad. Cabe repetir la razón para esta priorización abstracta: los practicantes de conductas de alto riesgo no estarán en el futuro cercano dentro de los grupos culturalmente identificados, sino serán cada vez más, miembros de la "población en general".

Hemos dicho que sería recomendable que las pruebas ELISA estén bajo una regulación gubernamental. ¿Será esto suficiente? Nos parecería que no, dada la poca capacidad que el Estado tendría para incidir con autoridad en el manejo de una prueba que físicamente es inocua, pero socialmente delicada. Parecería que lo indicado sería que el Estado se adjudique la exclusividad para realizar las pruebas sin que por ello pueda existir libre demanda para ellas[3]. Esto no sólo permitiría manejar las pruebas de acuerdo a una política uniforme y de reconocida validez, sino que también permitiría vincular con autoridad y confiabilidad las pruebas ELISA con pruebas confirmatorias y éstas, a su vez, al seguimiento de los contactos.

No cabe duda de que, para establecer un control efectivo del SIDA, no basta con que el contagiado sepa de su situación. El control apenas comienza allí, siendo necesario el seguimiento de los contactos para conseguir una barrera eficaz al esparcimiento de la enfermedad. Ahora bien, ¿cómo lograr un seguimiento de los contactos sobre la base de la voluntad y libertad de los sujetos? Una forma es expidiendo legislación o reglamentación complementaria

[2] Cabe añadir los riesgos de que las pruebas salgan falsas positivas, en ausencia de pruebas confirmatorias. La probabilidad de que esto se dé cuando se prueba a la población "de bajo riesgo" son altas, del orden de 220 en 100,000 casos probados, donde sólo el 11% de los que salen positivos son verdaderos positivos. (Ver Cleary et. al. op. cit.).

[3] De hecho, el Estado ejerce un virtual monopolio sobre la aplicación de las vacunas, especialmente la antituberculosis, sin que por ello se haya visto cuestionado.

al derecho constitucional a la salud —legislación que obligaría legalmente al Estado a efectuar el seguimiento, con base en la participación voluntaria de los sujetos—. En esta forma, el Estado actuaría con legitimidad al ofrecer un servicio que satisfaga un derecho civil, pero respetando las garantías individuales y, por ende, la voluntad del individuo para no participar.

¿DE VUELTA AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD?

El control epidemiológico deja ver las múltiples limitaciones que tiene el sector salud para conseguir los recursos necesarios para implantar una política socialmente aceptable capaz de incidir en la propagación del SIDA.

Hasta ahora se ha dejado implícito que el sector salud tiende a difractar sus acciones en una multiplicidad de programas y políticas, con el consecuente dispendio inequitativo de recursos. La ocupación hospitalaria es bajísima tanto en la SSA como en el IMSS, a la vez que la productividad por médico borda en lo absurdo entre algunas instituciones. Existe, en efecto, un caudal de recursos públicos que no se desperdician, sino que están beneficiando a una clase ineficiente y nada comprometida con las necesidades del pueblo. Por otra parte, los industriales del sector salud se benefician de inversiones poco rentables e innecesarias muchas de las veces para resolver los problemas de salud de las mayorías.

El control epidemiológico del SIDA requiere de una estructura administrativa capaz de vencer la inercia que ha llevado a seguir privilegiando la medicina curativa a expensas de la preventiva. El SIDA plantea, de hecho, la última oportunidad para dejar de filosofar sobre la prevención para hacerla una realidad, salvo que la curación también se haga imposible por el alud de pacientes incurables en los hospitales; o bien, por la grotesca distorsión a la ética profesional que va a implicar el rechazar atención humanitaria a los sidosos, en favor de quienes sí puedan recibir beneficios de la medicina. El problema es el de la equidad de los servicios, visto en la perspectiva de la dialéctica de la prevención y la curación.

Un aspecto sobresaliente de los casos reportados de SIDA hasta la fecha, es que su distribución entre las diferentes agencias de salud corresponde casi exactamente a la distribución de la población a nivel nacional que tiene derecho a sus servicios. En efecto, la seguridad social (IMSS más ISSSTE) reportó 53.0% (vs. 43.3% en

cobertura), la SSA el 39.3% (vs. 40.2% en cobertura)[4]. Esto deja ver dos cosas: la población afectada no reconoce sector ocupacional, aunque no hay un índice claro todavía de su nivel socieconómico. En las primeras fases de la epidemia había una fuerte tendencia hacia población de la clase media, seguramente porque también reportaban sus fuentes de contagio como extranjeros. Ahora, sin embargo, la tendencia es a una mayor representatividad de la distribución de ingresos y educación nacional[5]. En segundo lugar, las instituciones del sector salud están igualmente implicadas en el problema del SIDA, por lo cual estarían igualmente relacionadas dentro de una política para enfrentarlo.

¿Bajo qué esquema podrán entonces relacionarse las instituciones del sector en el control epidemiológico del SIDA? La actual coordinación, a través de CONASIDA, tiene la ventaja de fomentar una pronta conjunción de esfuerzos sin las fricciones que plantearían otras formas de relacionamiento. No obstante, CONASIDA es más que un mecanismo vinculador, ejerciendo sus principales funciones en la educación, el control epidemiológico, la regulación y la investigación. CONASIDA tiene un presupuesto propio y una relación desconcentrada respecto al gobierno y autónoma respecto a las instituciones del sector. Goza así de las ventajas, pero también de los problemas, de los programas de organización vertical. Las ventajas son las de implantar un programa homogéneo, con recursos propios y con una alta capacidad de maniobra en el territorio y entre población con distintas adjudicaciones institucionales. El enfoque sobre problemas muy específicos le permite también mantener alta calidad y eficacia en sus procesos.

Los programas verticales han sido la respuesta tradicional allí donde existe un alto nivel de población desprotegida de las instituciones de salud o de los mínimos servicios médicos—asistenciales. Además, son programas aptos para implantar acciones muy específicas, tendientes al control o prevención de un problema y con medios muy selectivos. Esto implica un elevado costo de oportunidad

[4] Las coberturas institucionales son respecto al total de la población cubierta. Se calcula la población cubierta por la SSA a 1986, cuando parte del programa IMSS—COPLAMAR. ya pasó a los estados descentralizados. Sector Salud, "Situación del SIDA en México. Datos actualizados hasta el 1 de septiembre de 1987" SIDA, 1 (1987) 122—126. SSA, *Anuario Estadístico, 1985* IMSS, *Diagnóstico de salud de las zonas marginadas rurales de México,*, México, 1984.

[5] El INNSZ reportó entre 57 pacientes con SIDA que un 54.4% tienen estudios profesionales o de posgrado, 15.8% tienen la preparatoria, 21% secundaria o estudios técnicos y 8.8% la primaria. Esta población contrasta con la del Hospital General, donde se reporta que la mayor parte de sus pacientes tienen primaria y secundaria, Guillermo Ruíz Palacios, comunicación personal.

de los recursos empleados, toda vez que dejan sin resolver el problema de la salud integral, deviniendo —en el contexto social— programas muy ineficaces para resolver los problemas prioritarios, a la vez que poco aceptables.

Además de las debilidades propias a cualquier enfoque vertical, el SIDA no le es afín por varias razones. Su control epidemiológico es muy complejo y delicado, ya que las personas detectadas como seropositivas deben ser sujetas a un seguimiento médico, psicológico y social, si es que el control de casos y contactos va a ser bien recibido por la población. Además, están implicadas acciones de educación y prevención del contagio entre la población en general, así como entre categorías específicas de la misma. Dichas acciones implican el seguimiento inmunológico y de prácticas riesgosas, a la vez que el suministro de profilácticos —base real de la prevención—. En fin, el SIDA plantea un programa integral de acciones intersectoriales e interdisciplinarias —acciones que en el futuro rebasarán las posibilidades de una sola agencia especializada—. Por otra parte, los servicios permanentes de salud cubren ya a más de un 85% de la población, máxime en las zonas urbanas donde el problema se concentra. Por ello, cabe pensar en un programa centralmente normado, pero con una implantación programática completamente a cargo de las instancias de atención en todos sus niveles de contacto y especialización.

La necesidad de un programa "horizontal" puede apreciarse también cuando se ve que el SIDA no reconoce fronteras sociales, y afecta por igual a la población derechohabiente, que a su contraparte menos provista —la población abierta—. Un programa vertical estaría destinando así la mayor parte de sus recursos a población que ya goza de la seguridad social o que tiene una posición económica satisfactoria. Esto no tanto por un principio de igualdad, sino también porque la mejor educación y ubicación de la población que labora en el sector formal y urbano los llevaría a demandar mayores servicios, privando así a los desprotegidos de una atención adecuada.

Una forma de mantener la política de lucha contra el SIDA dentro de un programa vertical, basado en la justicia social, sería obligando a la seguridad social a financiar a la agencia responsable del problema, destinando así recursos de manera progresiva a toda la población. No obstante, los mecanismos tributarios de la seguridad social llevan a que sea muy difícil que estas instituciones aporten a un programa fuera de su control directo, de allí que los fondos de la agencia tengan que provenir fundamentalmente de los recursos federales. Por ello, el programa vertical tendería a competir

con los ya de por sí escasos recursos disponibles para la salud de la población abierta, mientras que significa mayores aportes para la población asegurada. Esta es ya de por sí la situación, cuando vemos que SSA gasta alrededor del 24% de su presupuesto en salud pública (excluyendo regulación sanitaria), mientras que el IMSS y el ISSSTE gastan 3.7% y 4.4%, respectivamente[6].

El argumento parecería favorecer la "horizontalización" del programa de control epidemiológico del SIDA, integrándolo a la atención médica, psicológica y educativa. No obstante, la realidad en México es que hay una serie de agencias de corte vertical, a pesar de la descentralización que se ha promovido durante este régimen. Esto es así toda vez que coexisten distintas agencias públicas, cada cual destinada a segmentos más o menos específicos de la sociedad. La "horizontalización" permitiría integrar los programas al interior de estas instituciones, pero entre ellas persistirían los problemas propios al verticalismo.

La fragmentación institucional de las acciones llevará a una diferenciación *de jure* en las políticas de control epidemiológico. En efecto, el seguimiento de los contactos por la seguridad social iría tan lejos como su cobertura, rompiéndose la cadena al momento de encontrar una persona no asegurada. Si es la Secretaría de Salud o los Servicios Estatales de Salud los que realizan el seguimiento, al encontrar población asegurada —y por bueno que fuera su sistema de referencia, que es muy malo—, dejaría una brecha entre la notificación y la atención psicológica, médica y profiláctica, misma que tendría que ofrecer la seguridad social. Esta brecha pondría en riesgo no sólo la salud de la persona, sino también el éxito del control epidemiológico global.

Otro argumento en contra de la "horizontalización" dentro del actual sistema de salud, es de carácter financiero. Cuando el SIDA comience a reclamar mayores recursos, las instituciones de seguridad social podrán responder con mayor oportunidad, mientras que las agencias que dependen directamente de los gobiernos federales y estatales, como es la SSA, tendrán que lidiar en la política financiera intersectorial, para finalmente obtener menores incrementos a los conseguidos por la seguridad social. Además, sus respectivas poblaciones sentirán la carga económica de la enfermedad de manera muy diferente. Esto podría ejercer una presión política significativa para establecer nuevas bases para el acceso a los servicios de salud en el país.

[6] Información sacada del Tercer Informe de Gobierno, 1985, cuando aún se presentaba toda la información por programas institucionales.

LA ECONOMIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ANTE EL SIDA

El sector salud muestra una situación paradójica, producto de la larga tradición de atención a la hospitalización y relegamiento de la prevención. El SIDA plantea un reto mucho menor para los enfermos que para la población en riesgo de contraer la enfermedad. Respecto de las cifras absolutas, es claro que existe una capacidad hospitalaria amplia para atender los casos hasta 1991, y para 1997 y bajo el peor escenario, no representa más que la utilización del 48% de la capacidad hospitalaria, misma que actualmente existe pero no se está utilizando[7].

El SIDA puede llegar a significar un incremento neto al presupuesto hospitalario del sector salud de hasta un 46% para 1991, y de un 415% de 1992 a 1997. No obstante, ello no significa tampoco algo fuera de los cauces normales del sector salud, dadas las rápidas tasas de crecimiento de este renglón presupuestal en el pasado. En efecto, estos porcentajes representan un crecimiento entre 20 y un 100% del presupuesto del sector salud en 10 años.

El verdadero problema está en la prevención, para la cual se requiere de una acción pronta y decidida. El control epidemiológico sobre la base de la educación sexual, asesoría psicológica y dotación de profilácticos parecería cara, pero es la única forma viable para enfrentar el mal. No estamos ante una situación de fáciles cambios conductuales o sencillas técnicas inmunológicas. Por ello, se ha calculado que podría ser necesario un aumento para el presupuesto asignado a la detección y el control oportuno de las enfermedades de hasta tres veces el presupuesto sectorial para estos rubros[8]. Qué cifra se asuma como cierta, dependerá de la oportunidad con la que se comience a invertir en el proceso. Estas cantidades son difíciles de aceptar y digerir, máxime cuando lo que implica realmente es la creación de un sistema de control epidemiológico de dimensiones y calidad desconocidas hasta la fecha, sin dejar de sostener el apoyo a la atención hospitalaria. Por ello el indicador económico citado, más que significar una erogación inevitable en cualquier nivel y escenario, significa el esfuerzo que debe realizarse para transformar el uso de recursos ya disponibles para que rindan estos beneficios monetarios, dentro de un sistema de control epide-

[7] Ver M.A. González Block, "Prospectiva del Impacto Económico y Transformación de los Servicios de Salud a Raíz del SIDA", Trabajo presentado ante el II Congreso Nacional del SIDA, Cocoyoc, México, 1987.
[8] González Block, *Ibid.*

miológico basado en las necesidades de salud de la población, y no en la libre demanda.

La imposibilidad actual para establecer un nivel de saturación para el contagio del SIDA lleva a considerar, por lo pronto, la transformación de las instituciones de salud de su actual enfoque a la demanda —aún dentro de la seguridad social— a otro basado en las necesidades reales de salud y asentado firmemente en la población. Otra salida al problema —a nuestro juicio totalmente inaceptable moral y técnicamente— sería pensar que existe un nivel de saturación dictado por las prácticas homosexuales de una minoría, por lo que, aprovechando la capacidad hospitalaria, podría dejarse infectar a toda esta población indeseable, tratarla en los hospitales y, con su muerte, ver desaparecer el problema. Los pocos infectados "accidentales", gente de "buenas costumbres", serían entonces fáciles de controlar epidemiológicamente. Si bien esta postura es errónea e inaceptable, es posible que afecte subliminalmente la capacidad de organizar adecuadamente un sistema de salud basado en las necesidades.

Es por ello necesario perseguir el argumento económico, para demostrar que el costo de la prevención en el corto plazo ahorrará recursos que de otra forma se gastarían inútilmente en los hospitales.

En efecto, el significado de un cambio organizacional equivalente a tres veces el gasto sectorial, podría efectuarse con una inversión mucho menor, mientras que el incremento al gasto hospitalario entre 0.2 y una vez el gasto sectorial tendrá que ser siempre con dinero en efectivo, máxime para los costos de inversión que por pocos que sean —gracias a la inversión realizada a la fecha—, serán importantes. Es, pues, más factible económicamente la vía de la prevención que el gasto hospitalario.

PROYECCIONES

Algunos ejercicios de prospectiva y proyecciones realizadas utilizando supuestos realistas en algunos casos[9], ineludiblemente aventurados en otros, llevan a que se considere muy seria la amenaza que el SIDA significa sobre la sociedad y sobre la capacidad del Estado para enfrentarla.

De acuerdo a las estimaciones de los OMS, de que por cada caso de SIDA reportado existen entre 50 y cien infectados por VIH, tendríamos que en México actualmente existen entre 35,650 y

[9] CONASIDA, "Proyecciones del SIDA en México", *Boletín del SIDA*.

71,300 personas infectadas. Esto representa una tasa general de entre 46 y 92 infectados por cada 100,000 habitantes. No obstante, la distribución de la enfermedad no ha sido homogénea ni en el espacio geográfico ni en el demográfico, lo que lleva a suponer que la población infectada mostrará también una fuerte concentración en las urbes (más de un 70% de los casos de SIDA), en la población masculina (95.8% de los casos) y en la población entre 25 y 44 años (el 70.8% de los casos)[10]. Considerando a este grupo genérico, etáreo y geográfico se tendría entre ellos una tasa de entre 674 y 1,347 casos por cada 100,000 habitantes.

El crecimiento de la población seropositiva dependerá de la efectividad de las medidas preventivas que se adopten e inventen, ya sean epidemiológicas, educativas o inmunológicas. Se habla de que en cuatro años se contará con una vacuna[11]. Antes de este tiempo, entonces, la única esperanza de prevención es la educación, basada en la deteccción oportuna y control epidemiológico de los transmisores y de las poblaciones que practican conductas riesgosas. Sobre estas bases, CONASIDA elaboró tres escenarios de transmisión entre 1987 y 1991.

Es difícil de establecer la validez de las proyecciónes de CONASIDA, ya que son muchos los supuestos que deben asumirse. De hecho, CONASIDA está trabajando otras proyecciones al momento de irse este artículo a prensa. De nuevo, creemos que es mejor cualquier proyección lo mejor fundamentada posible, que ninguna. La crítica que a nuestro juicio es más pertinente y que debe ser superada[12] en estas proyecciones es que las muestras con base en las cuales se calcularon las prevalencias por mecanismo, se realizaron en poblaciones identificadas cultural y socialmente como ejecutoras de conductas riesgosas de prostitutas, homosexuales declarados, etc. No obstante, las conductas riesgosas, tales como las prácticas homosexuales, se difunden en la población en general, sin que existan demarcadores culturales que permitan hablar tan claramen-

[10] CONASIDA, "Situación del SIDA al 10 de Septiembre de 1987". *Boletín del SIDA*, México, 1986.

[11] No obstante, hay que considerar que el virus del SIDA pertenece a una familia de reconocida complejidad inmunológica, lo cual dificulta seriamente el desarrollo de una vacuna tan eficaz como otras ya conocidas. Esto no ha impedido que ciertos investigadores muy prestigiados, como lo es el mismo inventor de la vacuna antipoliomelítica, Salk, traten de producir una vacuna no sólo para evitar la infección sino inclusive para evitar que los millones de personas ya infectados a nivel mundial desarrollen el SIDA.

[12] CONASIDA cuenta ya con un protocolo de investigación para realizar pruebas de ELISA sobre una encuesta nacional seroepidemiológica, la cual permitirá superar las limitaciones que aquí mencionamos.

te de "grupos de alto riesgo". Tal es el caso de las poblaciones de escasos recursos, hacinadas y migrantes; un ejemplo son los albañiles, quienes practican con mucha frecuencia coito anal homosexual, sin que por ello se les identifique como "homosexuales" culturalmente, especialmente a los insertivos. De allí la importancia científica[13] de hablar de "conductas de alto riesgo", más que de "grupos de alto riesgo".

En la primera hipótesis que maneja el CONASIDA, se interrumpiría la transmisión para el 1o. de enero de 1987, situación inmediatamente descartada como imposible. Bajo esta perspectiva, CONASIDA plantea que para 1991 se habrían acumulado 10,800 casos de SIDA a partir sólo de quienes ya habían sido infectados para fines de 1986. Esta proyección sirve inmediatamente para inferir que, si un 30% de los infectados va a desarrollar el SIDA en este periodo (según lo sucedido en los EU en seis años), entonces, para diciembre de 1986, se supondría la existencia de 36,000 infectados. Esto arroja una tasa de 176 infectados por caso notificado[14] la cual resulta entre un 80 y un 100% por arriba de las estimaciones realizadas por la OMS, pero casi 50% por abajo de lo calculado según la muestra de donadores de sangre en México. Esto deja ver que el supuesto de la OMS sigue siendo moderado y —por lo tanto— posible para México.

La segunda hipótesis plantea una transmisión intermedia, donde las medidas de control epidemiológico y educación muestran resultados positivos. CONASIDA no aclara los supuestos de educación y control que están detrás del cálculo, limitándose a plantear que para 1991 se esperarían 22,600 casos acumulados. La tercera hipótesis, llamada de "alta transmisión", es la proyección sin supuestos de educación y control —tal y como se demuestra a partir de los casos acumulados hasta 1986—. Sobre esta base se calculan 38,510 casos acumulados para 1991[15]

No cabe duda que cualquiera de los escenarios produce un número de infectados y eventualmente de casos de SIDA inaceptable (nada más multiplique por 50 ó 100 cada proyección), tanto ética como económica y políticamente, aún si la realidad estuviera diez veces por abajo del escenario más bajo, calificado por CONASIDA de "imposible", los costos económicos y sociales serían insoportables.

[13] Esto se suma a la necesidad de evitar el uso de "grupo de alto riesgo" como forma de evitar juicios valorativos sobre minorías culturales.

[14] Para 1986 se notificaron 205 casos acumulados.

[15] CONASIDA presenta tres cuadros con la misma información, pero, inexplicablemente, con ligeras discrepancias en los valores de las proyecciones. Nosotros utilizamos los valores más altos.

¿PODRA ELIMINARSE EL CORPORATIVISMO EN LA SALUD?

Cabe muy poca duda respecto al gran esfuerzo que tienen que hacer quienes gozan de autoridad y decisión dentro del gobierno para transformar la estructura actual de financiamiento, organización y prestación de los servicios de salud si van a enfrentar adecuadamente el SIDA, sin desatender a la vez otras prioridades nacionales. Ello dependerá en buena medida de la comprensión que el sector obrero y los burócratas le den al problema. Sólo si comprenden la incapacidad de las instituciones aisladas —aunque supuestamente coordinadas— para enfrentar el problema del SIDA (y con el SIDA, de tantas otras enfermedades y carencias) es que podrán ver que la realidad social sobre la que sustentan supuestos privilegios están cambiando, más allá de su control. El SIDA no es una enfermedad ajena a las transformaciones sociales; lejos de ello, sus características están marcadas por el urbanismo, las comunicaciones, y la confluencia de los diversos caminos que ha seguido la sexualidad. Por ello, debe comprenderse al igual que se comprendieron los motivos que llevaron a la creación de las instituciones de salud: la compensación económica y social de los grupos estratégicos para el desarrollo capitalista. Las instituciones de salud corporativas han dejado de ser compensación en el contexto económico y epidemiológico actual. Es necesario demostrar esto fehacientemente, y el SIDA nos brinda una oportunidad para ello.

Los trabajadores de la salud han encontrado un acomodo a sus intereses dentro de las estructuras corporativas. Ellos también deben reaccionar ante las nuevas condiciones, ya que está en sus manos contribuir a la formulación de un nuevo sistema de salud basado —más allá de la filosofía— en un verdadero enfoque sobre las necesidades reales de la población. Son los trabajadores quienes mejor que nadie conocen estas necesidades; ellos también están conscientes del enorme esfuerzo que habrán de hacer para transformar rancias prácticas en el consultorio. Mucha de la ineficiencia que observamos en el desempeño de su trabajo —y de cuya corrección depende la posibilidad de hacerle frente al SIDA —se debe a la apatía que por su propio trabajo les ha fomentado la política centralista y verticalizante. Dependerá de la participación de los trabajadores que pueda establecerse una organización capaz de vencer el SIDA, a la vez que se forjan las bases para combatir todas las enfermedades transmisibles que hoy en día podemos prevenir.

De la población en su conjunto se requiere un alto nivel de conciencia y compromiso, que evite salidas chauvinistas y socialmente

peligrosas, y sea capaz de encauzar la participación social en un solo movimiento por combatir las enfermedades que vician nuestro sistema. Sólo en esta forma podrán conjuntarse los esfuerzos que lleven a negar salidas dispendiosas e inútiles que podrán llevar a una mayor crisis económica y social. Es preciso, entonces, que todos los sectores aislados y diferencialmente privilegiados a través de nuestra historia comprendan la verdad de que a grandes problemas les corresponden grandes soluciones.

noviembre de 1987


OLEOS ORIGINALES

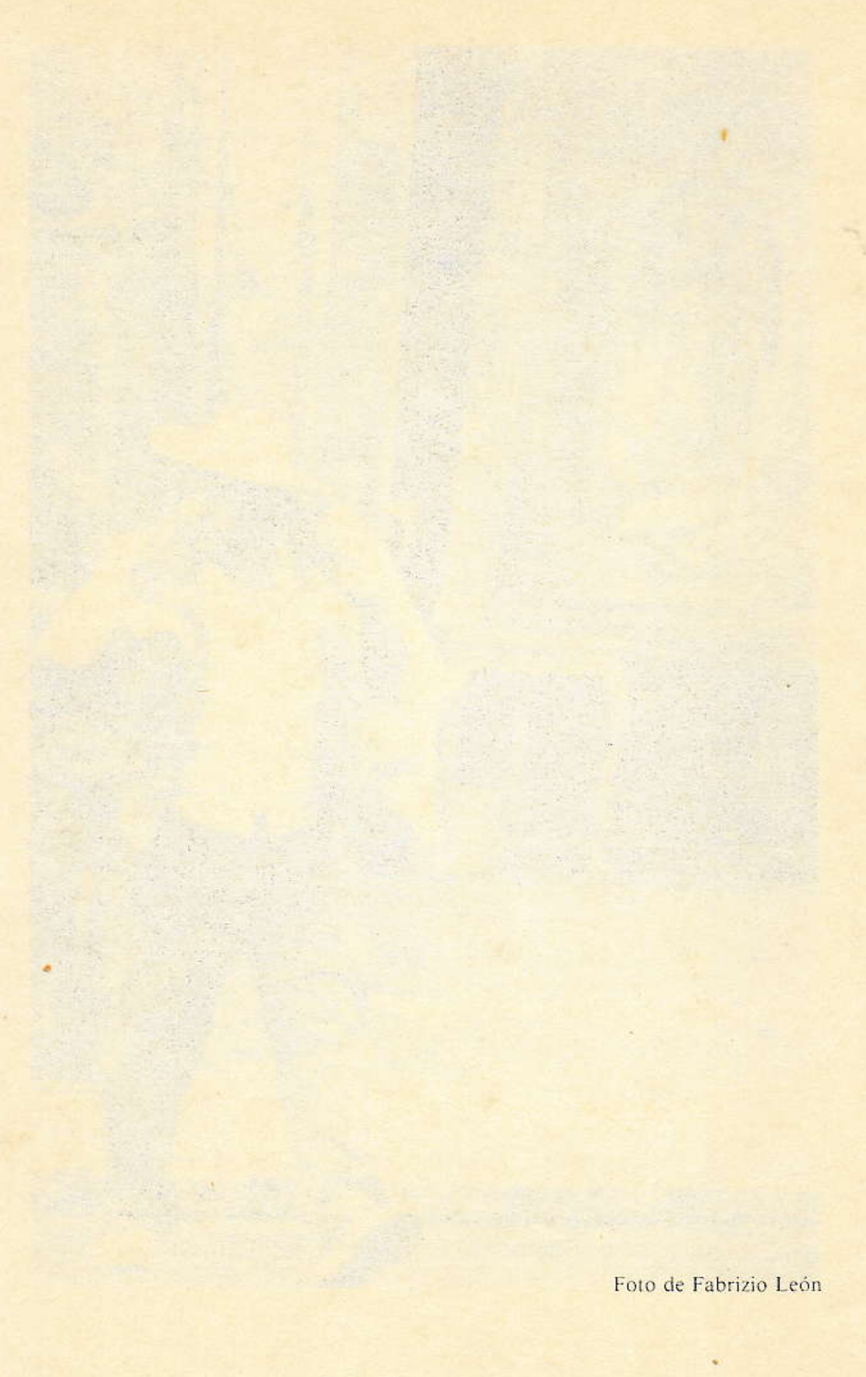


Foto de Fabrizio León

EL SIDA Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS LEGALES

rodolfo millán dena

Cuando los expertos comparan las posibles repercusiones del *(SIDA) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* con las que en su momento tuvo la Peste Negra, nos abruma la inquietud al pensar en la magnitud del desastre que dicho pronóstico presagia. Como ejemplo, algunas informaciones periodísticas nos reportan que en todo el Africa subsahariana ha cundido la enfermedad y que la epidemia está diezmando a las personas de las que depende el desarrollo de esa región, por lo que no sería extraño que volviera a la agricultura de subsistencia.

Está situación no puede dejar de consternarnos. Sin embargo, esa consternación se trueca en franca incredulidad al conocer que, según las estadísticas oficiales, en México los enfermos de SIDA no llegan ni a 1000 a fines de 1987, aunque se cree que varios miles son portadores del virus. Entonces, ¿cómo puede afirmarse que el SIDA constituye un problema de salud pública?

La gravedad de la cuestión reside fundamentalmente en dos hechos: que el padecimiento sigue siendo, hasta ahora, de consecuencias fatales y que la epidemia se encuentra ya tan difundida que amenaza a toda la población. Tan es así que ya resulta ocioso hablar de grupos de ''alto riesgo'', pues es evidente que la enfermedad no respeta ninguna circunstancia: ni la raza, la edad, el sexo o la preferencia sexual.

La Secretaría de Salud estima que, en poco más de tres años, el número de casos en nuestro país puede llegar a los 22,000 enfermos. En razón de esto, es que resulta aventurado intentar calcular cuáles pueden ser las posibles consecuencias jurídicas que puede acarrear el SIDA en México.

Si tomamos en consideración el daño potencial que la enfermedad puede ocasionar en la sociedad mexicana y las repercusiones de

todo tipo que esa circunstancia encierra, el problema aparece no sólo complejo sino inatacable, incluso.

Una devastación social como la que amenaza, necesariamente va a conducir a una casuística tan amplia que es muy probable que el orden normativo resulte insuficiente. Por lo tanto, un análisis global, en esas condiciones, es inadecuado.

Apreciando lo anterior, en este articulo sólo nos hemos atrevido a insinuar algunas posibles reacciones del medio legal, sin que ello signifique tampoco que éstas sean las más importantes entre las posibles consecuencias jurídicas de la propagación del mal.

Los funcionarios gubernamentales que se han pronunciado al respecto, han señalado que se hace necesario tomar previsiones legales y administrativas en diversas materias.

En aquéllas en las que han puesto el énfasis han sido en las cuestiones migratoria y sanitaria. En esta última, la *Ley General de Salud* ya ha sido incluso reformada en dos ocasiones.

Otros más han advertido que se encuentran en estudio posibles reformas a las leyes penales, con el objeto ya de aumentar la penalidad de aquellos delitos cuya comisión pudiera imputarse a los enfermos de SIDA, o ya de crear un nuevo tipo penal para procesar y juzgar a los que sufran dicha enfermedad y la contagien a otros. Este es el caso de funcionarios de los gobiernos de los estados de San Luis Potosí y Tamaulipas.

Los muy escasos estudiosos del Derecho, que han opinado sobre la epidemia, lamentablemente han coincidido en el enfoque de buscar la punición de los enfermos del Síndrome.

A nuestro juicio, esta optica puede resultar nociva. Si bien es necesario perseguir y castigar la delincuencia, tratándose del mal del que se discute en este artículo, es más importante referirse al impacto que pueda tener en otras ramas del derecho relacionadas con la salud, la seguridad social o las garantías individuales que el que pueda tener en el derecho penal. ello no implica, de modo alguno, restarle importancia a aspecto tan trascendente sino, simplemente, advertir que hay otros que merecen mayor atención pues, de lo que se trata, es de prevenir la enfermedad, de salvar vidas y no de buscar la manera de acabar con ellas.

Para sistematizar nuestro análisis, conviene hacerlo apegándonos a las diferentes áreas de competencia que nuestras leyes prevén: la legislativa, la judicial y la ejecutiva o administrativa. Utilizando este esquema, se analizarán las posibles repercusiones jurídicas en algunas ramas específicas del Derecho[1].

[1] A modo de aclaración, iniciaremos señalando que conforme a nuestro sistema constitucional

1. SALUD

La primera y más conocida de las repercusiones legales del SIDA tiene que ver con el nivel legislativo de nuestro sistema constitucional, y se relaciona con la concepción del Síndrome como un padecimiento al que las autoridades mexicanas han dado el rango de *problema de salud pública.*

¿Qué significado tiene este hecho? ¿Cuáles son las consecuencias de índole normativo que acarrea el que una enfermedad sea considerada bajo tal clasificación?

La respuesta a estas interrogantes es simple y se reduce a que por la naturaleza y gravedad del padecimiento, el mal se considera dentro del campo de "la salubridad general de la República" y tiene que ser atendido, en consecuencia, por autoridades administrativas del más alto rango. En el caso concreto, por el Consejo de Salubridad General y por la Secretaría de Salud, es decir, por autoridades federales. Ello es así porque se presupone que éstas tienen mayores recursos técnicos, financieros y humanos que las autoridades de jurisdicción estatal o local para enfrentar epidemias o padecimientos endémicos de suma gravedad.

Así, la competencia de estas autoridades comprende todo el territorio nacional, cuando se trate de aquellos casos de "epidemias de carácter grave o de peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país"[2], a la campaña contra el alcoholismo y el comercio de estupefacientes.

Una vez que las autoridades sanitarias atendieron a la gravedad de la amenaza que constituye el SIDA, promovieron la modificación legislativa de la *Ley General de Salud* a fin de incorporar a dicho ordenamiento las previsiones que consideraron necesarias.

Por ese motivo, en el mes de abril de 1987, la *Ley General de Salud* fue modificada en tres aspectos de especial importancia: el que se refiere a la regulación de los bancos de sangre, el que se refiere a la modificación del cuadro de enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica y el que tiene que ver con los transplantes de órganos y tejidos de seres humanos. Lamentablemente, uno de los medios de transmisión de la enfermedad es, precisamente, la sangre y los productos derivados de ésta y son la transfusiones de sangre contaminada uno de los mecanismos de mayor riesgo en la propagación del padecimiento. Antes de la reforma legislativa, se

son tres los niveles de gobierno: el Poder Legislativo, encargado de elaborar las leyes; el Poder Judicial, que asume la tarea de interpretarlas y aplicarlas en la resolución de controversias y el Poder Ejecutivo a quien corresponde aplicar las leyes en la esfera administrativa.

[2] *Constitución Política Mexicana,* tomo I, art. 73.

permitía la existencia de bancos de sangre, a cargo de la iniciativa privada, que tenían la libre recopilación, distribución y comercialización de la sangre humana.

Apreciando el riesgo que entraña el tráfico de sangre, los legisladores reformaron la ley sanitaria, para mantener estricto control de la donación y distribución de la sangre y hemoderivados a las instituciones hospitalarias y para prohibir definitivamente la comercialización de la misma. En consecuencia, prohibió la existencia de bancos de sangre que comercialicen el fluido. De esa manera se pretende inhibir la difusión de la epidemia a través de un control estricto de la donación y distribución de sangre y sus derivados.

La segunda de las reformas que nos interesan, fue la de incluir al SIDA en el cuadro de enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica.

Los efectos de dicha modificación legislativa obligan a las autoridades a tomar las medidas necesarias para "realizar actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control"[3] y evitar la propagación de las enfermedades incluidas en el cuadro de enfermedades mencionado y le otorgan diversas atribuciones al efecto.

En ese contexto, se les faculta, entre otras cosas, para promover un sistema de "fomento sanitario" y se les concede atribución legal para buscar que se modifiquen "los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud"[4].

En la propia reforma se impone a los particulares relacionados con la materia, la obligación de contribuir con las autoridades, notificándoles los casos "en que se detecte la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de anticuerpos de dicho virus"[5], proporcionando toda la información de que dispongan, para mantenerlos bajo supervisión médica y vigilancia administrativa.

El último aspecto de la reforma legislativa, en lo que interesa a este articulo, tuvo como propósito que los transplantes de órganos o tejidos en seres humanos vivos, se realicen observando las disposiciones legales correspondientes, a efecto de que la Secretaría de Salud lleve debido registro y control de estas actividades. También de esa manera se pretende impedir que, con el trasplante de órganos y tejidos, pueda seguir la propagación del SIDA. Estas son las medidas que en el ámbito legislativo han debido tomarse como una de las primeras reacciones del medio jurídico.

Respecto de la primera de las acciones poco hay que decir, salvo que las instituciones médicas privadas han visto decrecer, hasta en

[3] *Diario Oficial de la Federación,* art. 134, p. 8.
[4] Idem, art. 6o., p. 7.
[5] Idem, art. 136, p. 8.

un setenta por ciento, el abasto de sangre y hemoderivados para sus necesidades. Por cuanto toca al control de los trasplantes de órganos y tejidos, cabe hacer notar que el sistema de supervisión gubernamental en lo esencial no se modificó.

Pero, por lo que se refiere a la inclusión del SIDA dentro de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, es necesario hacer un comentario más cuidadoso. En efecto, ello implica, como ya habíamos advertido antes, la intervención de las autoridades federales. Esto es, la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General.

Conforme a la regulación legal, el Consejo depende directamente del Presidente de la República, y sus disposiciones son obligatorias en todo el territorio nacional. Así también se establece que ese ógano es el único que, por disposición constitucional, goza de facultades legislativas en sustitución del Congreso de la Unión.

En el mismo ordenamiento se establece que el Departamento de Salud (léase Secretaría de Salud) es de carácter ejecutivo y que sus disposiciones serán obedecidas por todas las autoridades del país. Asimismo que, en los casos de epidemia de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, tienen la obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas que juzguen indispensables obrando autónomamente, sin el previo acuerdo del Presidente de la República.

¿Qué debe concluirse de todo lo anterior?

Que las autoridades sanitarias son las únicas que —en franco contraste con todo nuestro sistema constitucional— asumen funciones de dos Poderes de la Unión (Ejecutivo y Legislativo) en un solo titular y que, para colmo, este titular ni siquiera es el Presidente de la República, sino una dependencia bajo sus órdenes.

En consecuencia, que las autoridades están facultadas para dictar medidas —no sólo inconstitucionales, sino contraconstitucionales, inclusive— sin el conocimiento ni aprobación del Presidente de la República y que, por ilegales que sean esas medidas, no sólo serán obedecidas sino que tendrán que ser ejecutadas.

Esta conclusión tendrá especial significación cuando comentemos sus posibles consecuencias en materia de derecho o garantías constitucionales.

Y ya que estamos hablando de las autoridades de salud, conviene destacar que una de las más importantes previsiones que deberán tomarse, a nivel administrativo, será en el sentido de que se cuente

con el presupuesto necesario para combatir de una manera eficaz el síndrome y las consecuencias que desencadene. En ese orden de ideas, habrá que normar criterios que resuelvan el problema de su doble vertiente. La primera, relacionada con el hecho de que deberán destinarse mayores recursos al área de salud, pues es obvio que el combate al SIDA tendrá que competir con otras prioridades como son el financiamiento para garantizar la producción de alimentos o para mantener los niveles de atención al sector educativo, por ejemplo.

La otra vertiente tiene que ver con el empleo de los recursos destinados ya al sector salud. También aquí deberán normarse criterios para definir qué porcentaje se destina a combatir el SIDA y cuál al combate de otros padecimientos.

Finalmente, habrá que determinar si los recursos para combatir el SIDA se destinan a atender a los enfermos que ya han desarrollado el mal, a promover las campañas de información al público, a establecer centros de detección de posibles infectados o, por el contrario, a apoyar las tareas de investigación orientadas a encontrar vacuna contra el virus.

2. TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Una de las ramas en las que casi no se ha explorado su relación con el SIDA es, precisamente, la que tiene que ver con las relaciones laborales. Quizás, porque existen disposiciones legales aplicables, que resuelven los posibles problemas laborales que se presenten. No obstante lo anterior, es menester señalar que no ocurre exactamente lo mismo en el caso de la legislación de seguridad social.

En este apartado sólo se comentarán las disposiciones de la ley del Seguro Social porque dicho cuerpo legal es, en la materia, el de mayor importancia y la de aplicación general.

En materia laboral la *Ley Federal del Trabajo*, en su artículo 42, establece que son causas de suspensión temporal de las relaciones de trabajo, sin las obligaciones de prestar el servicio y pagar el salario, sin responsabilidad para el patrón o el trabajador, las de:

I. La enfermedad contagiosa del trabajador.

II. La incapacidad temporal ocasionada por un accidente o enfermedad que no constituya un riesgo de trabajo[6].

El propio ordenamiento establece que *la suspensión surtirá efec-*

[6] *Nueva Ley Federal del Trabajo*, art. 42, p. 130.

tos: "desde la fecha en que el patrón tenga conocimiento de la enfermedad contagiosa" o desde aquélla en que "se produzca la incapacidad para el trabajo, hasta que termine el periodo fijado por el Instituto Mexicano del Seguro Social o antes si desaparece la incapacidad para el trabajo"[7].

La suspensión, sin embargo, no podrá exceder del término fijado en la *Ley del Seguro Social* para el tratamiento de las enfermedades que no sean consecuencia de un riesgo de trabajo.

Es decir, que conforme al artículo 99 de la legislación de seguridad social aplicable, se otorgará al trabajador asegurado "...la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento"[8].

Y es aquí donde comienzan las complicaciones.

Lo que sabemos hasta ahora acerca del síndrome es que abate de tal manera al sistema inmunológico, que lo deja indefenso. En consecuencia, ¿el SIDA debe considerarse como un solo padecimiento? o, por el contrario, ¿son las infecciones "oportunistas" —que ocurren a consecuencia del SIDA— las que deben considerarse como un padecimiento independiente cada uno? Clínicamente, un síndrome es, fundamentalmente, un conjunto de signos y síntomas. Así visto, el SIDA es un solo padecimiento y esa circunstancia puede darnos una respuesta.

Pero si hay interrupciones de la enfermedad, durante las cuales el asegurado vuelve a su trabajo, la misma enfermedad se considerará como nueva. Si al concluir el periodo de 52 semanas previsto, el asegurado continúa enfermo, el Instituto prorrogará su tratamiento hasta por 52 semanas más, previo dictamen médico.

Ahora bien, ¿qué ocurre con los enfermos de SIDA que continúan viviendo después de las 104 semanas? En este caso, es necesario hacer una distinción: si el enfermo puede continuar laborando o, si por el contrario, el mal se lo impide.

En el primer caso, en el que el enfermo no ha quedado inválido aunque siga sufriendo la enfermedad, entonces dejará de recibir atención médica del IMSS y tendrá que procurársele por sus propios medios. En el segundo caso, en el que el enfermo ya no puede seguir trabajando, deberá intentar obtener los beneficios de la pensión de invalidez. Sólo que, declarado inválido, la situación jurídica del trabajador se modifica, pues, en esta hipótesis, la relación de trabajo no se suspende, sino que termina en definitiva.

El artículo 53 de la Ley Federal del Trabajo menciona como

[7] Idem, art. 43, p. 131.
[8] *Nueva Ley del Seguro Social*, art. 99, p. 85.

causa de terminación, "La incapacidad física o mental o inhabilidad manifiesta del trabajador, que haga imposible la prestación del trabajo"[9]. En este caso, el trabajador podrá exigir, si la incapacidad proviene de un riesgo no profesional, el pago de un mes de salario y doce días por cada año de servicio. Este derecho no procederá si el trabajador recibe del Instituto Mexicano del Seguro Social la pensión de invalidez.

Esta pensión se otorga a quienes no puedan procurarse "mediante un trabajo proporcionado a su capacidad, formación profesional y ocupación anterior, una remuneración superior al 50% de la remuneración habitual que en la misma región reciba un trabajador sano" y que dicha invalidez "sea derivada de una enfermedad o accidente no profesionales... o bien cuando padezca una afección o se encuentre en un estado de naturaleza permanente que le impida trabajar"[10].

La invalidez, como ya decíamos, deviene de la pérdida manifiesta de la capacidad de trabajo de una persona, originada en la mala salud del trabajador. Sin embargo, para tener derecho al seguro de invalidez, es requisito indispensable que el trabajador tenga acreditadas, como cotizadas, el pago de ciento cincuenta semanas.

Como enuncia el texto de la Ley, el trabajador que se encuentre asegurado podrá quedar amparado en lo indispensable. Sin embargo, esta circunstancia no es del todo cierta. Como es usual, tratándose del Instituto Mexicano del Seguro Social, existe una práctica viciosa entre el personal médico de dicha institución, por la que se niega sistemáticamente el dictamen de invalidez. No les importa que el trabajador asegurado efectivamente se encuentre imposibilitado para trabajar y reúna las condiciones exigidas por la ley para obtener el beneficio del aseguramiento.

Esta negativa sistemática obliga a los trabajadores enfermos, ya inválidos a iniciar procedimientos legales para obtener el reconocimiento de su derecho. Este es el panorama de los privilegiados, puesto que estamos hablando de trabajadores asegurados, que tienen cotizadas 150 semanas en el Instituto de Seguridad Social y que, además, obtuvieron su declaratoria de invalidez.

¿Qué ocurrirá con los enfermos que no reúnan estas condiciones?

¿Qué ocurrirá con los enfermos que, aunque sean trabajadores no estén asegurados por sus patrones?

[9] *Nueva Ley Federal del Trabajo*, art. 53, p. 142.
[10] *Nueva Ley del Seguro Social*, art. 128, p. 96.

¿Qué ocurrirá con los trabajadores desempleados?

¿Qué ocurrirá con la mayoría de los trabajadores que puedan enfermar de SIDA?

En conclusión, es de considerarse que ni la Ley Federal del Trabajo ni la Ley del Seguro Social serán reformadas por los legisladores, puesto que existen disposiciones que resuelven de manera general los posibles conflictos a que pudiera dar lugar el padecimiento de que hablamos. A lo más, es probable que las juntas laborales tengan que conocer de casos concretos en los meses próximos. Pero donde sí consideramos que es necesario introducir reformas es en el nivel administrativo.

En este sentido es necesario acabar de manera definitiva con las prácticas insanas a que hemos hecho alusión y garantizar que el enfermo de SIDA no se encuentre de pronto, enfermo, desempleado, sin atención médica y sin recursos para atenderse, más aún cuando el tratamiento es de tal forma costoso que pocos, muy pocos, tienen acceso a él a través de sus propios recursos.

3. DERECHO CIVIL

Según dijimos al inicio de este artículo, las consecuencias jurídicas del SIDA rebasarán, sin duda, cualquier posible pronóstico, puesto que incidirá en todos los ámbitos de la vida de los enfermos. Precisamente en lo que concierne al aspecto de las relaciones civiles de los individuos, surgirán innumerables conflictos imposibles de generalizar.

A lo más, podemos afirmar que algunas demandas de divorcio se apoyarán en la causal que establece la procedencia del mismo, cuando uno de los cónyuges se encuentre enfermo de un mal infecto contagioso. Es probable que a los exámenes clínicos exigidos como requisito administrativo para contraer matrimonio, se sume el que determine si alguno de los contrayentes ha estado en contacto con el virus. Aquí es indispensable destacar que dicho examen, en su caso, sólo deberá hacerse bajo conocimiento y previo consentimiento expreso de los interesados.

En otro sentido, aunque es improbable, no es de dudarse que habrá casos en los que se impugne la capacidad de algún heredero si se comprueba —en el caso del matrimonio, del concubinato o de relaciones semejantes— que uno de los elementos de la pareja provocó la muerte del otro. Sin embargo, la frecuencia de estos problemas y su repercusión social es difícil de predecir, aún después de varios años.

Medidas especiales tendrán que adoptar las compañías aseguradoras, puesto que la etiología del padecimiento impide saber si la persona que está contaminada con el virus desarrollará la enfermedad; si necesariamente morirá como consecuencia de la misma y, en su caso, en qué periodo. Aunque se presupone que el padecimiento conluirá fatalmente, muchas controversias surgirán cuando el enfermo muera de alguna de las enfermedades relacionadas con el virus o no. En efecto, hasta ahora no se sabe con precisión si el enfermo fallecerá necesariamente por el SIDA, por algún padecimiento de aquellos "oportunistas" que aprovechan la debilidad del sistema inmunológico o de algún otro mal que no esté relacionado con ninguna de las hipótesis anteriores.

Efectivamente, conforme a la costumbre en materia de seguros, si el asegurado muere en el curso de los dos años posteriores a la contratación del seguro —obviamente por alguna enfermedad— la institución aseguradora se ahorra el pago, pero, si por el contrario, el deceso ocurre después, entonces tendrá que cumplir con el pacto y cubrir la suma contratada, independientemente de la causa del fallecimiento. En el caso de la enfermedad de que se trata, su prolongado periodo de incubación y la diversidad de los tiempos en que sus síntomas pueden aparecer y desarrollarla, impide hacer previsiones ciertas y consecuentemente, el problema no se solucionará sólo con exámenes médicos.

Así es. Dadas las características del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, lo único que puede desprenderse del resultado positivo de las pruebas clínicas, es que la persona sometida al examen ha estado en contacto con el virus, pero no que se tenga el padecimiento o que éste vaya a desarrollarse y en su caso, concluya fatalmente.

Quizás las autoridades del Consejo Tutelar consideren apropiado sujetar la adopción de menores de edad bajo su custodia al previo examen médico de los interesados en la adopción.

Como se desprende lo expuesto, en esta materia juzgamos muy improbable la introducción de reformas legislativas a los ordenamientos legales que le son aplicables. Por el contrario, creemos que serán los jueces y los funcionarios de la administración pública, los que deberán intervenir y tomar acciones en la resolución de controversias específicas o en la esfera administrativa, respectivamente.

4. DERECHO PENAL

En el Derecho Penal es el campo en el que aparecen los proble-

mas más espinosos relacionados con el padecimiento del que hablamos.

El problema esencial que se suscita es el de averiguar cuál es la tipificación aplicable al delito que comete el enfermo de SIDA al contagiar a otra persona. En este punto, es obvio que partimos del supuesto de que ha delinquido aquel enfermo que, sabiendo que lo está, mantiene relaciones sexuales o contagia del virus a otra persona sin prevenirle, sabiendo además que lo está colocando en situación de contraer el mal.

Ahora bien, la discusión ha versado entre quienes proponen que a los agentes activos del delito se les procese acusándolos de homicidio, por ser la enfermedad de consecuencias fatales; otros han señalado que debe juzgárseles por el delito de lesiones, puesto que la muerte del infectado puede ocurrir en un periodo corto o muy prolongado y, en esas circunstancias, no es posible ni asegurar que la causa directa o inmediata de la muerte fue el SIDA, ni que el transmisor deseaba el resultado del delito. Por eso es que, según esta corriente de opinión, sólo puede juzgárseles bajo el delito de lesiones que ponen en peligro la vida. Algunos más, han externado su parecer en el sentido de que debe acusárseles de homicidas, pero en el grado de tentativa.

El caso es que, tratándose del Derecho Penal, la diferencia doctrinal o interpretativa se expresa en la realidad, en años de cárcel. Finalmente, y apreciando que la enfermedad no permite hacer pronóstico cierto, ha habido quienes han propuesto la creación de un tipo legal específico.

A juicio de quien esto escribe, esta última propuesta sería la más justa, pero la más difícil de concretar. Por una parte, porque el proceso de creación de las leyes es muy prolongado y difícil de iniciar; por la otra, porque todavía no existe, entre quienes pueden proponer esa reforma legislativa, suficiente sensibilización para considerar necesaria su promoción y finalmente, porque sigue siendo tan desconocida la enfermedad y su comportamiento, que una reforma legal, en materia penal, mal elaborada, irreflexiva o precipitada puede acarrear mayores y más graves daños —difícilmente reparables que los que puede ocasionar su ausencia.

Así, sí es conveniente pensar en atender a las disquisiciones de los doctrinarios y crear el ambiente propio a la introducción de reformas legislativas al Código Penal. Pero que esas reformas se den cuando sea efectivamente necesario, cuando la reflexión haya madurado y cuando el comportamiento del SIDA no deje lugar a dudas.

Por ahora, lo que conviene es que los jueces penales reciban la

suficiente información acerca del SIDA, para que su criterio se encuentre debidamente normado al momento de adecuar las disposiciones legales al caso concreto sometido a su conocimiento. Serán ellos los que, en última instancia, decidirán la comisión o no de un delito determinado.

Por otro lado, en el Código Penal para el Distrito Federal se encuentra regulado el *Delito del Peligro de Contagio*. Este delito, no obstante, se refiere a aquellas enfermedades venéreas que son conscientemente transmitidas a otras personas, por mantener con ellas relaciones sexuales en el periodo en que se encuentran en estado infeccioso. Algunos opinan que el hecho de que el tipo legal se refiere a las enfermedades venéreas excluye al SIDA, puesto que este mal no sólo se transmite por la vía de mantener relaciones sexuales con personas enfermas, sino también a través de la placenta materna, la sangre, etc. Otros se han expresado afirmando que, cuando la contaminación se contrae por las relaciones sexuales, el delito es perfectamente aplicable al enfermo de SIDA que delinca.

Como ya lo hemos dicho, entre tanto se resuelva la posible reforma legislativa, serán los funcionarios judiciales quienes decidirán, en cada caso, cuál de las opiniones prevalece. Ahora bien, en otro orden de cosas, es indispensable destacar que quienes han opinado respecto de estas cuestiones penales, lo han hecho casi todos, pensando en casos en los que debe castigarse a los enfermos del multicitado síndrome. A este respecto, no hay que perder de vista que igualmente deberá punirse la conducta de quienes teniendo un deber de cuidado a su cargo, no lo cumplan.

Los dentistas que contagien a sus pacientes con el virus del SIDA por utilizar instrumental mal esterilizado; los acupunturistas y los que empleen agujas para introducirlas al cuerpo humano y lo infecten; los laboratoristas al manejar y analizar la sangre; los responsables de la custodia y manejo de órganos y tejidos para trasplante en seres humanos vivos; los responsables del tratamiento y cuidado de los enfermos de este padecimiento —médicos, enfermeras, psicólogos, laboratoristas, etcétera— que, por descuido o falta de asepsia permitan que aquéllos sufran infecciones o enfermedades "oportunistas" que hubieran podido evitarse.

Aunque ligeramente esbozado, con lo dicho se ve que el problema es arduo y de difícil resolución. No nos ha parecido conveniente abundar en este apartado porque, muy probablemente, de estas cuestiones se hablará con frecuencia en los próximos meses, con mayor detalle y conocimiento.

5. GARANTIAS INDIVIDUALES

Las garantías individuales son universalmente conocidas como derechos humanos. Estas garantías están consagradas y protegidas constitucionalmente. El derecho a la vida y a la salud, el derecho a la información, la libertad de tránsito, la de expresión, la de asociación y la de manifestación son, entre otras, prerrogativas inalienables de todos los seres humanos.

Una de las repercusiones del SIDA, casi inmediata, ha sido el de poner en riesgo el respeto, por parte del poder público, a la esfera de protección jurídica más íntima de la que pueda gozar el individuo. Voces precipitadas se han alzado clamando la proscripción y persecución de quienes forman parte de los así llamados grupos de "alto riesgo" de transmisión sexual, sin querer comprender que esa concepción ha evolucionado y que ahora dichos grupos lo forman los hombre y mujeres, cualquiera que sea su preferencia sexual.

Lamentablemente, esos llamados al castigo frecuentemente se convierten en canto de sirena que embriagan a funcionarios medianos, excesivamente celosos de lo que pueden considerar su deber (aunque más celosos de su apetito de promoción y ascenso) que creyendo atender al consenso de la opinión pública, emprenden acciones que lesionan las garantías individuales.

A nadie escapa ya que en varias delegaciones políticas del Distrito Federal y en algunas ciudades y poblaciones de la República se hizo ya costumbre el ordenar "razzias" indiscriminadas en contra de la población. Antes, la justificación era la de que, quienes sufrían ese tipo de acciones habían cometido faltas administrativas como "vagancia o prostitución", aunque se tratara de inocentes transeúntes. Ahora, la justificación es la de prevenir y combatir al SIDA.

Si así se violan las garantías de cualquier ciudadano trasnochado, ¿qué ocurrirá cuando las autoridades administrativas decidan emprenderla contra los enfermos y ya no contra quienes dicen que son los grupos de "alto riesgo"?

El artículo 11 de la *Constitución General de la República* consagra la libertad de tránsito y faculta a todos los individuos para "entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar la residencia"[11], sin que para ello requiera carta de seguridad, salvoconducto, pasaporte o cualquier otro requisito semejante.

No obstante lo anterior, este derecho se encuentra limitado. Las autoridades judiciales, en los casos de responsabilidad civil o crimi-

[11] *Constitución Política Mexicana*, art. 11.

nal, están facultadas para restringir esta libertad y decretar medidas tales como el arraigo, el confinamiento a la prisión, ya preventiva o ya como pena por la comisión de delitos.

Las autoridades administrativas, en materia de inmigración, también se encuentran facultadas para restringir libertad de tránsito, tratándose de extranjeros cuya permanencia en nuestro país se juzgue inconveniente, perniciosa o lesiva.

En este sentido, cabe destacar el hecho de que la propia Constitución, en su artículo 33, otorga a las autoridades la discrecionalidad suficiente para que, sin procedimiento previo y sin posibilidad de defensa alguna, se haga abandonar el territorio nacional "inmediatamente y sin juicio previo a todo extranjero cuya permanencia juzgue inconveniente"[12].

En este contexto, conviene decir que si bien es cierto que las autoridades de la Secretaría de Turismo ya han declarado que no se exigirá a los turistas extranjeros, que vayan a internarse al país, la previa realización del examen para detectar la presencia del virus del SIDA (a diferencia de lo que ya ocurre en otros países), lo cierto es que esa responsabilidad corresponde, en su caso, a las autoridades sanitarias y de migración que, como se sabe, están subordinadas a otras dependencias que no se han pronunciado al respecto. La verdad es que, como se comentó renglones antes, los extranjeros no tienen defensa legal alguna cuando las autoridades de migración han decidido hacerles abandonar el territorio nacional.

Finalmente, en materia de salubridad general, las autoridades administrativas también tienen capacidad legal para imponer restricciones a la garantía de libre tránsito o movilidad.

En ese orden de ideas, y retomando la conclusión a que hicimos referencia en el apartado en el que abordamos la materia de salud, —en el sentido de que las autoridades sanitarias eran las únicas por sobre el Presidente de la República y, aún del Congreso de la Unión, que podían tomar decisiones inmediatas y éstas deberían ser obedecidas por las demás autoridades en todo el territorio nacional— es necesario que las relacionemos con su atribución legal para restringir la libertad de tránsito, de manera que aparezcan sus consecuencias funestas posibles.

En efecto, con esas facultades, las autoridades sanitarias pueden imponer a los enfermos de SIDA su confinamiento en determinados lugares, ya sea que fuera necesario o no; podrían arraigarlos o trasladarlos impunemente; podrían impedirles cambiar de residencia o podrían exigirles el uso, por ejemplo, de cartas sanitarias,

[12] *Idem. art. 33.*

aunque no se justificara la adopción de dichas medidas. Toda vez que estas facultades son discrecionales, su alcance queda a la interpretación de quienes las aplican.

Así como la libertad de tránsito, la de reunión y la de manifestación podrían verse igualmente afectadas si las autoridades sanitarias, en un exceso de celo, determinan limitarlas pretendiéndose fundar en las atribuciones a que hemos hecho referencia.

En resumen, es necesario enfatizar que el conceder a las autoridades administrativas facultades discrecionales para que, por sí y ante sí, determinen el alcance de las mismas constituye un riesgo ya bien explorado, que nunca ha conducido sino a que dicha autoridades las ejerzan arbitrariamente, y con frecuencia, abusando de ellas.

Bástenos imaginar qué sucederá con estas facultades que restringen la libertad de tránsito cuando, según la interprete y aplique algún funcionario mojigato, degeneren en pretendidas campañas de moralización, en la cancelación de espacios mentales en materia de libertad sexual o en la creación de nuevas inquisiciones que desaten la persecución injustificada de los enfermos del síndrome o de quienes forman parte de los llamados "grupos de algo riesgo".

Si algunas de las garantías individuales pueden verse afectadas por la acción de las autoridades ¿qué ocurre con aquellas que ni siquiera están reglamentadas?

¿Es real una garantía que no puede hacerse efectiva como es el derecho a la salud? ¿O acaso los enfermos de SIDA podrán hacer que se cumpla con ella en su beneficio?

¿Tiene que ver algo la manera en que se maneja la información relacionada con el SIDA y el manido derecho a la información?

Es evidente, en relación con esta cuestión, que su falta de reglamentación contribuye a la imposibilidad de tener acceso al conocimiento de datos confiables, estadísticas veraces o cualquier otra clase de información que no haya sido previamente manipulada, ocultada o censurada.

Para concluir, es obvio que en esta materia la mayor trascendencia la tienen las medidas administrativas, pues de ellas depende que la esfera de protección jurídica individual quede incólume o se vea afectada inconstitucionalmente.

CONCLUSION

Así pues, lo que se ha querido dejar asentado en estas páginas es que, fundamentalmente, las medidas administrativas y las resolu-

ciones judiciales serán las que constituyan el esquema jurídico en que se desenvuelva y resuelva el problema que representa el SIDA. Las acciones legislativas previsibles serán quizás, en materia penal y en la de seguridad social, si acaso.

En lo que sí queremos enfatizar es en el hecho de que es indispensable estar atentos a las medidas que adopten las autoridades. En este orden de ideas, hay que buscar que los razonamientos propositivos no estén exclusivamente encaminados a buscar la punición de los enfermos que delincan o a su aislamiento sanitario; tampoco a encontrar los mecanismos para desembarazarse de los asegurados que pretenden atención hospitalaria en el sistema de seguridad social o a evitar el pago de seguros de vida, si los beneficiarios del asegurado tienen derecho a recibirlo.

Por el contrario, hay que garantizar el acceso a los sistemas de atención médica, asegurar el abasto de medicamentos, a delinear campañas efectivas de prevención e información general, negociar el suministro seguro de recursos presupuestarios para combatir el padecimiento, tanto para el tratamiento como para la investigación.

Los *sistemas sanitarios* que se instrumenten deben buscar ser integrales: establecer programas de adiestramiento y capacitación para trabajadores en salud pública; implantar métodos que garanticen el abasto suficiente de órganos y tejidos sanos, para trasplantarlos a seres humanos vivos, así como el suministro de sangre sana; establecer centros de detección y análisis para posibles infectados o mujeres embarazadas; instituir centros de información al público en general y de apoyo para los contagiados con el síndrome; instaurar programas de investigación propios y crear sistemas de inter-relación y cooperación con los ya existentes. En fin, tendrán que avocarse a resolver problemas hasta en materia de cargas tributarias a equipo, fármacos y medicamentos.

Obligación y atribución impuesta al Estado, que por lo mismo, corresponde a los particulares exigir que se cumpla eficientemente con ella.

noviembre de 1987

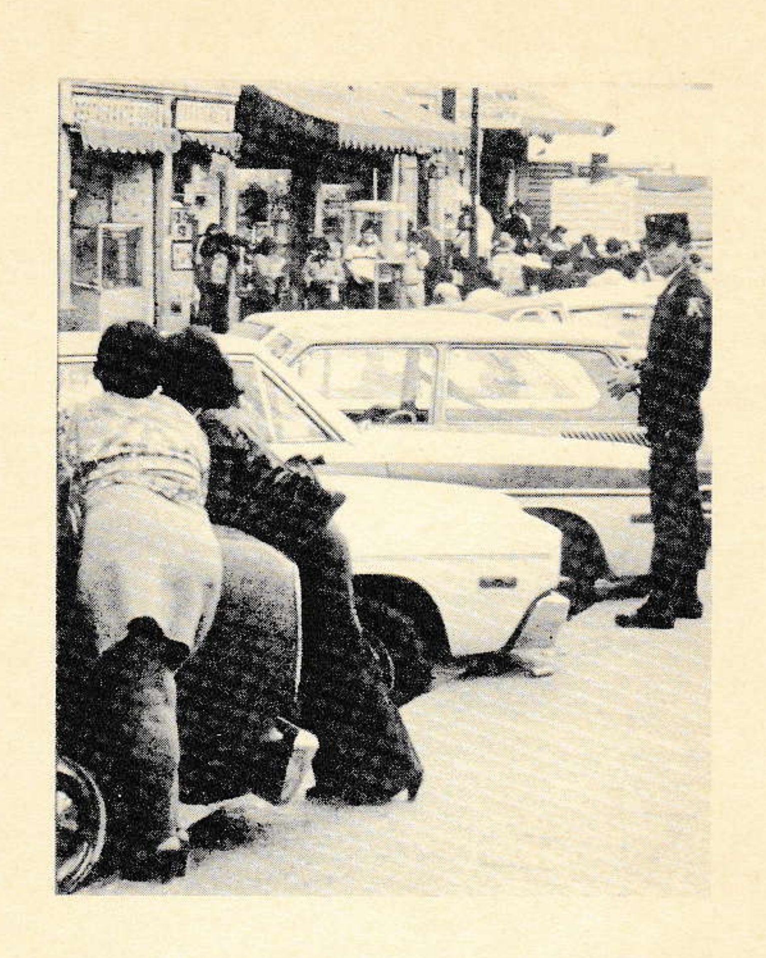


Foto de Sergio Carlos Rey

PROSTITUCION Y SIDA:
Castigo para pobres y heterodoxos

francisco a. gómezjara

"Todas las anomalías nos seducen, y en primer lugar la Vida: anomalía por excelencia".

Cioran

Una de las tareas más afanosas y preocupantes a la vez, emprendidas por el poder, ha sido, a lo largo de veinte siglos, dominar y manejar el cuerpo. Sin embargo, otras teorías científicas, ahora hegemónicas, han encontrado como común denominador de estos dos mil años, las relaciones de explotación de una clase minoritaria sobre la inmensa mayoría de la sociedad.

Si bien resulta verídico tal aserto, deja un resquicio de duda: ¿la explotación se explica por sí misma o requiere de un elemento coadyuvante y convergente? La interrogante quedaría mejor planteada de esta manera: ¿cómo es que durante miles de años millones de gentes aceptan su condición de explotados?

Es entonces cuando emerge, digamos, el complemento de la explotación en toda su omnímoda ubicuidad.

Estamos frente a la gama de maneras de dominación o artes de convencer, seducir, hechizar, manipular, fascinar al individuo —y a los grupos—, hasta hacerlo dócil y en algunos casos alegremente resignado, a su explotación.

De esta manera, no basta estudiar las relaciones de explotación prevalecientes para explicar una realidad social. Resulta necesario hurgar las formas como se llega a *convencer* a los explotados de aceptar su destino: disuadir, persuadir, catequizar, formar el carácter *social* o vencer simplemente.

Surgen de pronto reglas enderezadas a conformar las prototípicas virtudes y los comportamientos normales/naturales.

Las formas de dominación no son, pues, meras respuestas, determinaciones o superestructuras destinadas a reflejar las exigencias de la estructura socioeconómica explotadora. Conviven ambas y se refuerzan, pero constituyen dos elementos paralelos en el tiempo y en el espacio. Un ejemplo: después de la revolución rusa de 1917, cambiaron las relaciones de explotación al pasar la propiedad privada a propiedad estatal, sin que hayan cambiado las formas de dominación jerárquicas, verticales autoritarias y despóticas.

Ergo: las formas de dominación coexisten y aún sobreviven a distintas relaciones de explotación; no se encuentran materializadas sólo en el Estado (el dominador por antonomasia) sino se diluyen y multiplican a lo largo de la sociedad civil: en la familia, en la escuela, en las relaciones interpersonales y sexuales. Mientras las relaciones de explotación mantienen una expresión social objetiva y cuantificable, las formas de dominación reúnen los elementos objetivos y subjetivos encarnados en el consciente y en el inconsciente.

De ahí que su manifestación incluya por igual las reglas, leyes e instituciones, como los deseos y sueños de los sujetos. Encarnan en los comportamientos normales/naturales y en las prototípicas virtudes coincidentes con las necesidades del Sistema, quien las inculca desde el pecho materno o las vigila con todo el aparato de autoculpabilización personal por no cumplirlas o a través de la pirámide judicial-carcelaria. Previa delimitación y definición de las anomalías perseguibles y repudiables en tanto conductas antinaturales, anormales, excepcionales o circunstanciales con todo su corte, cortejo y contorno de castigos, terapias y reeducaciones. Pero como ambas expresiones conductuales coexisten en cada individuo, y sólo la artificiosidad del poder las separa, pues en la cotidianidad suelen embrollarse y confundirse una con otra, los sujetos habrán de ser premiados si cumplen las reglas oficiales y rechazan las desviaciones a las mismas.

Certero es, entonces, Szasz cuando señala: "en los países capitalistas se condena la prostitución porque recuerda a la gente que cada uno vive rentando alguna parte de su cuerpo: los obreros rentan sus músculos, las prostitutas sus genitales. La prostitución y el sexo extramarital amenazan también el monopolio sexual del matrimonio y ofrecen la perspectiva de un *mercado libre* en intercambios eróticos, ante lo cual las modernas sociedades capitalistas temen por su libertad.

En los países comunistas se condena la prostitución porque recuerda a la gente que ninguno de ellos posee algo que pueda rentar,

Puesto que el Estado es dueño de todo y de todos, y puesto que el Estado no puede copular, el Estado comunista es aún más antagónico respecto a la prostitución que el Estado capitalista''[1].

Por supuesto, en cualquier momento de ocio o descuido del consciente, ¡zas!, al individuo le embelesan las transgresiones. Con el tiempo el poder arrebató al hombre de la calle sus gustos íntimos —cuando no pudo reprimirlos— y se los empezó a vender como una mercancía más: las anomalías también alcanzaron estatus de respetabilidad cuando producían dinero y control. Empezando, claro está, por la vida humana, que es una anomalía destructora de la naturaleza y de su propio producto que es la sociedad.

Semejantes laberintos existenciales los tipifica, entre otros, el ejercicio de la prostitución. Su propia etimología nos muestra —como aconseja Nietzsche buscar— su carácter ejemplificador de estas dualidades: significa *por delante o al frente,* o sea los sujetos que externan y extreman su cuerpo al mundo.

Queda entonces la prostitución atenazada entre lo prohibido y lo permitido, al dejarle usar públicamente su cuerpo, pero no disfrutar plenamente de su administración. Representa un manejo a claroscuro del cuerpo en donde el Estado, finalmente, lo controla, regentea, fiscaliza y cobra impuestos, subrepticiamente.

Con esto se pone el dedo en la llaga, y no usamos ni una metáfora ni tampoco doble sentido. Lejos de la dubitación, constituye el problema de los problemas el controlar el cuerpo.

Decirle al sujeto nada menos que su cuerpo no le pertenece, así sin más, constituye el primer paso para que una vez desinteresado del manejo corporal, también considere ajenos a él los productos de su trabajo.

Dejará de protestar si pierde tales productos.

En la historia social aparecen tres momentos estelares de expropiación y extrañamiento corporal al individuo: bajo las religiones totalitarias, con el nacimiento del capitalismo y durante los momentos de auge de la sociedad postindustrial contemporárea.

Bajo las cosmogonías de las sociedades agrarias se identifica al cuerpo de las divinidades, a la naturaleza y al propio sujeto como un todo único. Reducen la existencia humana a voluntades exteriores: su enfermedad, por ejemplo, expresa el enojo divino a causa del incumplimiento de las tareas impuestas por la autoridad. La vi-

[1] SZASZ, Thomas, *Herejías,* México, Premia, 1983; pp. 26-27.

da o la muerte están regidas por rígidos y ríspidos calendarios inexorables. ¿Quién podría usar su cuerpo a gusto y voluntad propia, si no le pertenece?

El uso de la sexualidad o la genitalidad para ser más precisos, extramatrimonial y públicamente ejercida, sólo podía concebirse y practicarse consecuentemente, en el templo o adoratorio sagrado. Este antecedente remoto de lo que más tarde floreció como prostitución, tenía una función sacramental y era ejercida bajo férreos cánones en cuanto a personajes, tiempo, lugar nunca voluntariamente determinados, ni mucho menos destinados a producir centralmente satisfacción personal.

La práctica sexual-corporal como tarea religiosa.

En fin, el individuo no tiene más remedio ni tarea que obedecer y colocar su cuerpo de tapete para el paso de los divinos talones de la nobleza, las burocracias dirigentes, los militares reinantes y los simples caudillos que empezaban a encaramarse al poder. Para el pueblo la aspiración suprema no consistía en usar su cuerpo (que tampoco le pertenecía) sino en ponerlo al servicio de los designios divinos encarnados en el Jefe.

Al nacimiento del capitalismo, necesitado como nunca antes de mano de obra abundante, barata, disciplinada y emprendedora, se tejen los hilos de la tela de araña luterana: reformista para la emergente burguesía, protestante para los católicos terratenientes.

El medioevo había llenado el año de fiestas, ferias y farándulas para celebrar a los señores feudales, obispos, papas, vírgenes y santos. Un río interminable de festines y derroches menguaba la riqueza y la energía para la producción. ¿Cómo acantonar ese fluir de vitalidades hasta convertise en mercancías?

Luteranos y calvinistas ofrecieron la respuesta: 1) el cielo (la vida eterna y entera) no se consigue con obras (limosnas, compra de indulgencias, etc.) sino por la fe individual sin intermediarios. Conclusión: cero festividades para congraciarse con Dios. Puritanismo y ahorro en el comportamiento; 2) una muestra o adelanto de la salvación puede consistir en el éxito laboral cotidiano. Conclusión: un afán neurótico en el ejercicio de un trabajo, de un ahorro y de una producción constante e interminable, invadirá las almas[2].

[2] En Rusia y demás paises de economía estatizada rige idéntica matriz político-conceptual: el ahorro de la energía sexual es presentado como expresión de la nueva moral revolucionaria para trabajar y obedecer obsesivamente y utilizada por el po-

Quedaba así plasmado el *carácter social*[3] perfecto para impulsar la naciente sociedad industrial: la energía sexual permanecía reducida a la procreación de nueva fuerza de trabajo, para lo cual era menester no gastarla en placeres, sino más bien transformarla en energía laboral productora de plusvalía.

En el inglés del siglo XVI hasta culminar con la época represiva-victoriana, la terminología orgásmica se transforma: "coming" (venirse) en el momento de la eyaculación, se sustituye por "spending" (gastar); el esperma y la orina se vuelven equivalentes al dinero (to spend a penny). En la mayoría de los sistemas semióticos, "spending" es consecutivo y paralelo a defecar[4].

Sexualidad equivale a gasto y desperdicio.

A diferencia de la cosmovisión agraria, que al hablar del cuerpo se refería en términos generales a lo orgánico, a lo sexual, y a lo consciente y a lo inconsiente, como una totalidad, ahora la ideología protestante de la sociedad industrial con minuciosa particularización, reglamenta y controla bajo la creciente vigilancia de la ciencia médica-biológica-química-electrónica, cada uno de esos aspectos separados de la vida individual.

Efectivamente, bajo el velo del saber médico, se le impide al sujeto conocer, distrutar, decidir sobre su cuerpo, porque un experto autorizado por el Estado, decide día con día los quehaceres del cuerpo y del espíritu. La higiene, los alimentos, la vivienda, los medicamentos no se dirigen a la producción del placer individual, sino a convertirlo y luego mantenerlo, como un buen trabajador.

El manejo de la sexualidad no resulta, de todas maneras, tan simple, pues la ambiguedad y la doble moral hicieron su aparición.

En síntesis, la prostitución emerge tras de unas dualidades preci-

der como la palanca acumuladora de capital. (Ver W. Reich, *Psicología de las masas del Fascismo,* México, Roca, 1973.

[3] El carácter social es la cristalizacion de un proceso socio-histórico internalizado por el individuo. Como el último paso que el poder diseña para dominarlo mediante las instituciones sociales dadas. Con el fin de que cualquier sociedad pueda funcionar bien, sus miembros deben adquirir la clase de carácter que les hace experimentar el deseo de actuar en la forma en que *deben* actuar como miembros de la sociedad o de una clase especial dentro de ella. Tienen que *desear* lo que objetivamente es necesario que hagan. La fuerza externa queda reemplazada por la compulsión *interna,* y por esa clase particular de energía humana que se canaliza en los rasgos caracteriológicos. Francisco A. Gomezjara, *Trabajo social y crisis,* México, Nueva Sociología, 1986; pp. 31-32.

[4] KOTT, Jan, "El triángulo sexual", en Revista *Caos,* No. 7, México, s/f.

sas y masivas atenuar la *monotogamia* o aburrimiento feroz del matrimonio monogámico para el hombre y generar fuentes de acumulación de capital, junto con el contrabando, el cohecho, el peculado, la concusión, la conquista y la colonización rápida y violentamente sin someterse a los azorosos intríngulis de las leyes y la mirada vacuna de la burocracia intermedia.

Al fastidio, cansancio y hastío de la pareja de por vida, donde la relación sexual cumple una faena procreativa y cohesionadora del grupo familiar amortiguante de las crisis y hostilidades de la sociedad sobre los sujetos, viene a complementarlo la relación sexual placentera en el burdel, al que previamente ha sido designado como el espacio para la relación carnal, deleznable, poco espiritual y por tanto, incompleta. Se trataba de impedir a cualquier precio el uso del cuerpo por cada sujeto a su gusto, entender y cabalidad.

Siempre se le presentaba limitantes.

El Estado permite, autoriza y cobra las bodas, los compadrazgos, las adopciones, divorcios; edades y modos de vida para cada caso; lugares y horarios dentro de la vivienda familiar para llevar a cabo la relación sexual y también permite, autoriza y cobra por el uso de la sexualidad (complementaria, que él mismo ha escindido) en la calle: burdeles, publicaciones, espectáculos, etc.

El ejercicio de la prostitución queda estructurado en espacios precisos, verdaderas haciendas-fábricas donde se concentra la producción erótica y la vida de las propias mujeres con sus capataces, administradores y gerentes.

Al Estado, siempre creciente en su avorazamiento por controlar a la sociedad civil, se abroga administrar esa doble moral sexual-social: al lado de proteger a la familia monogámica en tanto célula productiva y dentro de ella primero a las mujeres vírgenes y luego a las esposas, destinadas a trabajar sin renumeración en el hogar y luego castrar ideológicamente a los críos, dedicarse a la vez, a organizar-reglamentar a la prostitución encubriendo su labor bajo la supuesta preocupación sanitario-moral. Su planteamiento resultaba endeble y falaz si de la salud se tratase, hubiera generalizado la educación sexual y mejorado la alimentación y vivienda de las poblaciónes, si de la moral se refiriera, automáticamente tendría que renunciar a su doble papel sustentador de la familia y la prostitución.

Por lo pronto trataba de ocultar el ejercicio de la prostitución a los ojos públicos ingenuos, obtener ganancias económicas y ejercer

su autoridad hasta en la cama de las meretrices, como símbolo de dominio, facultad y fuerza.

Remitida la sexualidad al mundo de las incorrecciones, de tiempo en tiempo se utilizaba también para otras estigmatizaciones presentarla como la fuente de los males sociales a los que no podía o quería dar una explicación certera, como sucediera con la epidemia de sífilis. Nacida por la conjunción de insalubridad, viajes largos de ejércitos conquistadores y comerciantes voraces, desnutrición y desconocimiento médico, a menudo se le atribuía a un castigo divino por el ejercicio desenfrenado de la sexualidad extramarital.

Escapada la epidemia de las manos del Estado, trató de ocultar su ineptitud o indirecto beneficio, echando mano de armas de bajo calibre moral: la represión y el estigma contra las prostitutas.

Si bien contra la enfermedad poco hizo y logró menos, contra la libertad sexual propuesta por el Renacimiento asestó los más demoledores golpes a guisa de prevenir el mal.

Las libertades de cualquier tipo siempre lo inquietan, y entonces así lo demostró.

Venecia en 1509 poseía, según el censo, 11,654 meretrices y en Roma, sin contar las clandestinas, sumaban 6,800, contra las cuales policías, inspectores, curas, médicos y empleadillos apresurados cancelaban permisos y autorizaciones, para lanzarlas a otras poblaciones o a las cárceles.

Sífilis llegó a considerarse sinónimo de prostitutas.

Pero no todas, las cortesanas según reza aquel *Retrato de la Lozana Andaluza* escrito por el sacerdote Francisco Delicado, eran recibidas en palacios civiles y religiosos, compartiendo la sífilis con Carlos V y su prisionero Francisco I, Carlos IX de Francia, Enrique III y Enrique IV, el Duque de Mayenne, Benvenuto Cellini, incluidos los magnates de la iglesia, sin mayor aspaviento.

Convertida en importante expectadora, la medicina se conformó con mirar los diagnósticos sobre la sífilis, todos llenos de contenido político: los españoles la llamaron mal gálico; los franceses mal napolitano; los italianos mal español; los europeos afirmaban haberla importado de América y los americanos se quejaban de recibirla de Europa[5].

En tanto los erarios públicos preocupados en armar a sus mílites

[5] SOMOLINOS, Germán, *Historia de la medicina*, México, Patria, 1952, pp. 68-69.

para guerra entre sí o conquistar nuevas tierras, escasa o nula atención prestaron a la lucha contra la sífilis. Testimonios médicos recrean apenas sus características: ''los miembros se vuelven escuálidos, amarillentos, llenos de llagas y pupas, los dientes se desprenden y su boca, que casi no puede emitir la voz, exhala un hálito repugnante'', tal cual lo expresa el *Libellus de Epidemia.*[6].

La prostituta ipso facto, recibe oficialmente el trato de lo anómalo por excelencia: raíz de todas las demás desviaciones alcohólicas, agresivas, pasionales, sexuales. Recluidas en zonas de tolerancia y burdeles, el Estado al concentrarlas persigue diversos objetivos: a) sistematizar e inventar las formas prácticas del ejercicio semiclandestino y a veces nauseabundo de la prostitución, así como el diseño de las formas de ejercitarla, incluidas la expoliación y denigración de la prostituta; b) la emergencia de nuevas categorizaciones sexuales en el curso del siglo XIX que fueron respaldadas por varias prácticas de tipo legal, social, médicas, religiosas: el niño que se masturbaba, la mujer histérica, el adulto perverso, el degenerado, el homosexual, la prostituta congénita. Asociado con esto estaba el desarrollo de nuevas regulaciones y prácticas ideológicas, particularmente las médicas y psiquiátricas, destinadas a definir y crear tipos de comportamiento, tipos de personas. Dichas definiciones iban desde la ''degeneración'' hasta la ''locura congénita'' o anomalías desafortunadas o enfermedades hereditarias.

En México todavía las ciencias jurídicas y médico-biológicas, conciben a las prostitutas como *enfermas* glandulares, fisiológicas o mentales. No hay que perseguir la prostitución en sí —reclaman— sino tratar los casos patológicos de mujeres específicas. En un trabajo anterior nuestro de crítica al ''Seminario sobre la Mujer Delincuente'' organizado por la Universidad Nacional Autónoma de México, exponemos el tema con mayor amplitud; a él remitimos al lector[7].

Definir y remarcar el espacio de la ''maldad'' humana destinado a señalar los dos mundos: hacia adentro la sexualidad pervertida, hacia afuera los comportamientos normales, morales, integérrimos y respetables, incluido el Estado mismo, por supuesto.

Controlar el ''comercio carnal'' con impuestos, tasas fiscales, horarios, reglamentos y autorizaciones especiales, incontables e insaciables.

Claro está que en tales ''campos de concentración sólo estarían

[6] *Ibidem.*

[7] GOMEZJARA, Francisco A., *Sociología de la prostitución*, México, Fontamara, 1988; 4a. edición).

las prostitutas pobres, toda vez que las prostitutas acaudaladas al servicio de los empresarios y burócratas de relumbrón, no sólo se codeaban en las fiestas de Palacio, sino compartían los barrios residenciales y exclusivos de las élites gobernantes.

Actualmente vivimos el tercer gran momento de la expropiación del cuerpo. No significa haber dejado atrás su responsabilización productiva para serle asignado otro desempeño, sino más bien significa acrecentar sobre aquélla sus funciones sociales nuevas por encima y aún en contra del propio sujeto. Hoy el cuerpo luce ante todo como el portador de la moda: la identidad quintaesenciada día con día transformada y repetida hasta el infinito. Tiénese cuerpo para vestirlo, calzarlo, asfixiarlo bajo el disfraz placentero del cigarro o intoxicarlo con bebidas y alimentos enlatados, congelados y plastificados, según las pautas extremas de un consumismo omnipotente y ominoso. El resultado viene a presentarnos al cuerpo como un ente ajeno en el mejor de los casos, y en el peor, como un enemigo.

El único cuerpo lícito es un cuerpo por poderes, el cuerpo simulacro de la cultura de masas, del gran espectáculo de la comunicación masiva: el propio cuerpo vuelto extraño, enajenado; distanciamiento para con su cuerpo y pérdida de sus manejo a nivel individual. En la perspectiva social, desposesión corporal mediante lo imaginario social que producen un catálogo de imágenes-representaciones del cuerpo interpuestas entre los hombres: ruptura del deseo en una sociedad que todo lo concibe como signo y como valor de intercambio.

Apenas exteriorizado según las pautas y significados oficiales, el deseo es objeto de una semiotización e integrado en el mecanismo del consumo masivo. Incluso el inconsciente, terreno secreto del yo, ultimo reducto en que podía manifestarse el deseo, ha sido "descubierto" y recuperado por la propaganda y no sirve más que para rehabilitar un super-yo- ficticio, pretendidamente dueño y señor de su destino.

Frente a esta desposesión tanto moral como física, ¿qué lenguaje queda al cuerpo para la expresión de su deseo? ¿Puede ser la fantasía una manera de salir de semejante atolladero? Pero la fantasía —como búsqueda libertaria de un lenguaje elaborado con lo imaginado tras el objeto del deseo, es antes que nada una manera de evadirse de la realidad (incluso de la realidad inmediata del cuerpo ajeno y del propio cuerpo, aunque sea para reencontrarse con sus fantasmas). Como actividad imaginaria, ¿es una forma de contrapoder (libre disposición de lo único que nos pertenece plena e íntimamente)? ¿O funciona como un **Ersatz** (creación de un espacio si-

mulacro cerrado sobre sí mismo), es decir como algo que no se puede exteriorizar, algo inefable por decirlo así? ¿Qué relación mantener entonces con el principio de realidad? Con el final del juego erótico-fantasmático irrumpe otra vez lo real, "las reglas de la cotidianidad" según Castilla del Pino, el imperio de la ley y la anulación de la fantasía[8].

El "desorden amoroso" no puede ser sino erotización cerrada, secreta se podría decir, al margen de la ley y censurada por la sociedad. Los códigos sexuales son muy severos a este respecto y expresan un concepto muy ortodoxo de la sexualidad: reunión de inhibiciones moralistas con asepcias pseudocientíficas.

Aparecen como aberraciones, desviaciones o simplemente indecencias, lenguajes amorosos que no son más que variantes eróticas; en esta perspectiva el placer es múltiple y también los recursos del cuerpo humano, que ofrece más de una posibilidad de tocarse, besarse, penetrarse... Igual que el cerebro humano que permite un sinfín de posibilidades y sólo utilizamos el 20%, ocurre con el cuerpo.

Ahora bien, cualquier infracción al código puritano no se puede asimilar automáticamente a una práctica subversiva. Interviene siempre una mediación social y muy pronto se pone en acción el poder recuperador de los medios de comunicación, que refuncionalizan con creces a la iglesia, la familia y la escuela en la socialización de los individuos.

Si tomamos el ejemplo de la pornografía, sería ingenuo pensar que es un síntoma de la liberación; por el contrario, constituye una válvula de escape; una liberación sí, pero de energía en el sentido termodinámico de la palabra. La escenificación del deseo es en realidad una manera más de controlar el cuerpo, de encauzar el deseo. Esta "puesta en discurso" del sexo, según Foucault[9], permite su control inmediato, encierra el cuerpo en la red de los discursos sociales, lo integra en los códigos publicitarios, estéticos, lo cosifica, lo reduce a mercancía.

Paradójicamente, la sociedad postindustrial que tanto ostenta el cuerpo erótico dista mucho de ser una civilización del cuerpo. Al revés de China (anterior, a 1950), Japón, la India, Roma o las culturas musulmanas, esta sociedad carece de una auténtica *ars erótica,* reduciéndose a una simple *ars mercantilis.*

Efectivamente, sus últimas consecuencias han sido convertir el

[8] IMBERT, Gerard, "El cuerpo como producción social", Revista *El Viejo Topo,* extra 13, Barcelona, sin fecha.
[9] FOUCAULT, Michel, *Historia de la sexualidad,* México, Siglo XXI, 1978.

cuerpo en mercancía y con ello, las formas de prostitución multiplicadas hasta el infinito. *Urbe et orbi.*

Del brazo de la electrónica, los catálogos ilustrados, los teléfonos, los servicios turísticos masivos, la industria del espectáculo y la pornografía, las empresas cerveceras-licoreras-organizadoras de ferias, la prostitucion deviene en uno de los portaestandartes de las *empresas de servicios.*

Servicios que a su vez tipifican el quehacer de la sociedad posterior a 1950, llamada precisamente *postindustrial.* Diversas acepciones subrayan un aspecto del mismo proceso en una confluencia final perfiladora y matizante de su silueta: neocapitalismo o capitalismo tecnocrático, de organización o de servicios[10].

Las cifras demuestran cuantitativamente su carácter.

El peso de los servicios en el PIB (producto interno bruto o producción total) de los E.U. aumentó del 66.8% en 1950 a 72.1% en 1986. En cuanto al empleo, la relación resulta similar: en 1950 absorbieron los servicios el 50.1% del empleo total, mientras que en 1986 el porcentaje alcanza la cifra de 75.1%

En síntesis, los servicios que incluyen el comercio, las finanzas, el transporte, la publicidad, la investigación y asesoría científica, la enseñanza, la actividad de los profesionistas y técnicos, la administración pública, el turismo y los espectáculos-diversiones-relaciones interpersonales-producidas-en-serie-para-su-venta, constituyen las dos terceras partes de la actividad económica de los paises capitalistas metropolitanos.

Paradójicamente a su crecimiento y presencia, el sector terciario o de los servicios, es el que paga los más bajos salarios en relación al sector secundario o industrial, en detrimento del nivel de vida de las clases medias[11]. Tres explicaciones convergentes giran alrededor del fenómeno: una, que en gran medida sus empleados son mujeres y jóvenes, quienes aceptan salarios más bajos, dado que no son je-

[10] Una caracterización más precisa apuntaría: el acelerado ritmo de innovación tecnológica y la reducción del periodo útil del capital fijo dentro de las grandes empresas transnacionales, implica la incorporación masiva del conocimiento científico nacido de la III revolución tecnológica, una planeación a largo plazo y en su momento, la nacionalización de las pérdidas empresariales por el Estado, el uso de la mercadotecnia y la publicidad con el subsiguiente desarrollo de los servicios a nivel planetario. E. Mandel, *Ensayos sobre el neocapitalismo,* México, Era, 1978; p. 17.

[11] ROCHA, Juan R., "EU en la era terciaria". Revista *Comercio Exterior,* vol. 37, no. 10, México, BNCE, octubre de 1987; pp. 857-864.

fes de familia; dos, la exígua sindicalización de estos grupos; y tres, la hegemonía de las grandes empresas transnacionales de servicios sobre la sociedad, incluido sus propios empleados.

Así, la prostitución creciente, tanto femenina como masculina, resulta de la doble confluencia de auge y conflictualidad de la gran empresa de servicios de espectáculos, publicidad y turismo con el decaimiento de los ingresos de la mano de obra del sector terciario, sustituido con otras aportaciones extras, de tal modo que la venta del cuerpo resulta uno de los servicios de mayor atractivo.

En cambio, en los paises dependientes en que también la prostitución femenina y masculina aumenta a la par de la rápida terciarización económica, el proceso ocurre aquí no como símbolo y resultado del desarrollo, sino de la crisis y los desajustes sociales de gran hondura.

El acrecentamiento del sector servicios en América Latina ha transcurrido de 1950, que representaba el 26%, a 1980 en que constituye el 41.9%. La situación de México, en particular, va en el mismo periodo, del 22.8% al 34.5%. En 1985 representa ya el 55%.

Sin embargo, como decíamos, el crecimiento de los servicios es resultado de un deterioro económico y no efecto —como en los países centrales— de un ajuste y mejoramiento de la productividad.

Mientras la agricultura latinoamericana sufre una contracción crítica debido a la imposición de tecnologías extranjeras ahorradoras de mano de obra y destructoras del entorno ecológico, al lado de la disminución de los precios minero-agropecuarios en los mercados internacionales y la represion política, que la obliga a expulsar grandes contingentes humanos hacia las ciudades, en donde la industria —también con tecnologías ahorradoras de mano de obra—, son incapaces de absorber toda la oferta laboral disponible. Es entonces cuando una creciente masa de pobladores se dirigen hacia el comercio ambulante, el trabajo doméstico, labores callejeras de tipo improductivo o a trabajos familiares.

Sus monstruosas ciudades padecen un acelerado proceso lejano a la urbanización, pero cercano a la conversión en grandes campamentos de refugiados agrestes, a la manera de Calcuta, donde la gente comercia, duerme, se recrea, baña y muere en las calles. Una versión cinematográfica presentada en el filme Mad Max, aparece *Truequelandia* a manera de un efímero campamento en medio de la desertizada ecología, a donde acuden miles y miles de nómadas pobladores a intercambiar sus baratijas. Multitud de bandas de adultos y jóvenes merodean alrededor, para defenderse de las expoliaciones del Estado.

Nada más de 1980 a 1985 se incorporan a este sector terciario in-

formal, 5 millones de personas a lo largo de Latinoamérica. La sociología las define como actividades económicas establecidas, propiedad de uno o varios individuos, caracterizados por tener un capital muy escaso o nulo, rudimentarios procesos de producción sin contar con registros ni documentación legal. Son personas de limitada educación formal, sin capacitación o con habilidades limitadas y de poco valor en el mercado de trabajo[12].

En síntesis, conforman un creciente ejército de desocupados y subocupados urbanos, que la orientacion impuesta por el Banco Mundial y el FMI a los dóciles gobiernos de pagar la deuda antes que invertir productivamente agudiza y explota con rudeza.

Las cifras resultan elocuentes:

AMERICA LATINA
EMPLEO FORMAL, INFORMAL Y DESEMPLEO
1980-1985

AÑO	PEA URBANA	EMPLEO FORMAL	EMPLEO INFORMAL	DESOCUPADOS
1980	100.0	69.9	23.8	6.4
1981	100.0	67.2	25.3	6.7
1982	100.0	65.8	26.6	7.2
1983	100.0	64.3	26.0	8.8
1984	100.0	63.6	27.2	8.7
1985	100.0	64.0	27.9	7.7

FUENTE: BID, op. cit.

Si agregamos la creciente incorporación de fuerza de trabajo femenina tanto al sector formal como al informal, de 12.6 al 18.1% del total de la PEA entre 1950 y 1980, encontramos que la presencia de mujeres agudiza la asincronía general de la economía.

En los países periféricos, se unen a la prostitución tradicional, nuevas oleadas de mujeres y jóvenes incorporados violentamente al sector terciario informal, vía la sub y desocupación, a diferencia de los países centrales, donde la nueva y también progresiva prostitución aparece unida al mejoramiento general de la economía (gracias

[12] BID, *Progreso económico y social en América Latina. Informe 1987*, Washington, U.S.A., 1987.

a la sobreexplotación del Tercer Mundo) tipificada en el surgimiento de grandes empresas transnacionales de servicios turísticos, publicitarios y del espectáculo y, en particular, de la contracción de los salarios en el sector terciario, que para continuar con sus altos niveles de vida se ven impulsados a buscar ingresos extras o nuevos entre la clientela boyante y tensa que busca distención-rélax y afecto —verdadera terapia psicoemocional— en el lecho prostituido.

Ironía y retorcimiento del acontecer social.

A la deshumanización cotidiana familiar, laboral, recreativa, etc., sólo se le amortigua al final de cuentas, con el uso deliberado y abierto del cuerpo y la sexualidad, aunque sea bajo la denominación de prostitución. Sin embargo, no se deja su uso en libertad, si no queda sujeto a las leyes mercantiles, administradas como una empresa, donde no sólo existe la *doble contabilidad,* sino se vislumbra la *doble moral,* en tanto la sexualidad siga siendo manipulada.

En la base de la manipulación subyace la prostituta (o), estimatizada (o), autoculpabilizada (o) y sirviendo de chivo expiatorio. Lo cual podría eliminarse reconociendo el ejercicio de la prestación del servicio corporal como una profesión legal, abierta, libre y honesta, una vez eliminado el retorcimiento, la doblez y la mojigatería de las actuales instituciones penales, sanitarias y educativas.

Mientras no ocurra ello, pulularán los diseñadores, productores administradores, promotores, vendedores y vigilantes parasitarios sobre el cuerpo de la prostituta (o)-cliente, llevándose la mayor parte de las ganancias y ninguna mancha al honor y a la respetabilidad personal. La gente, empobrecida de alma, seguirá soportando la *regla* del encierro neurótico de la pareja monogámica y sólo practicando como *excepción*, la aventura sexual-social.

Multiplicadas como hongos estarán las grandes empresas transnacionales y a su sombra, las pequeñas negociaciones, propias de la economía informal. Todas manejando cuerpos extraños y productivo para sus propietarios y administradores, respectivamente.

Ofrecerán un cuerpo mecanizado para el consumo delirante, previa redefinición del cuerpo ideal: juvenil, deportivo, unisex, descerebrado, deserotizado. Es decir, un modelo estandarizado y planetario, posible de adquirir mediante alimentos enlatados, fármacos especificos, ropas uniformantes y efímeras, cortes de pelo, maquillajes y aun tonos de voz emitidos en serie, ejercicios corporales sincronizados bajo estrictas recetas.

Quien no puede domesticar su cuerpo, puede acudir al amplio abanico de propuestas diseñadas por las grandes empresas transnacionales de la sexualidad comercializada, cuyos productos van desde revista ilustradas, filmes, viajes, hasta espectáculos y venta de catálogos para solicitar "acompañantes" a larga distancia. Todo ello dentro de un sofisticado escenario donde se puende mostrar la capacidad de posesión, la compra pública y la exhibición monetaria del poder.

El mercado sexual y en auge deja de ser femenino exclusivamente y se abre a la masculinidad ilimitada. Jovencitos dorados por el sol tercemundista al servicio de las turistas yanqui-europea-japonesas o jovencitos plomizos de las barriadas urbanas actuando bajo una innovadora faceta de la economía subterránea o informal, ofreciendo sus servicios homoeróticos al lado de otros jovencitos más físico aculturados y plastificados en la moda sado-masoquista del primer mundo, expuestos a cualquier cliente de las megalópolis postindustriales.

Enfrente pulula la microempresa de la prostitución fortuita y furtiva. Obreras (os), empleadas (os), alumnas (os), militantes, amas de casa mantienen relaciones prostituidas a cambio de ascensos, plazas, calificaciones, cargos complemento del gasto dentro de una sociedad antidemocrática y empobrecida. Esta nueva oleada de prostitución típica de la sociedad postindustrial dependiente, se une evidentemente a la vieja expresión prostituida del cabaret, la zona de tolerancia, el burdel, las calles exclusivas... en ambas de todas maneras, no se va en pos de relaciones dionisiacas sino sujetos a medio satisfacer las más elementales necesidades de la subsistencia. El cuerpo sigue siendo un medio y todavía no un fin en sí mismo.

Contradictorio panorama en donde la prostitución desborda los límites y ghettos tradicionales de su ejercicio, para inmiscuirse en la pantalla grisácea, las cromáticas ilustraciones y subliminales anuncios, los "tours" planetarios, el comercio ambulante, los festivales de "miss universo", la oficina, la bodega y el hogar. Y sin embargo, se le niega *carta de ciudadanía,* aferrándose a considerarla *desviación y patología,* cuando es cada vez más la *generalidad* y la *norma* en la sociedad de servicios.

En el fondo subsiste el temor y el terror por hablar (y gozar) frontalmente la sexualidad, sobre todo cuando existen dudas sobre la capacidad del consumismo para contener y absorber la energia sexual, los deseos y la imaginación erótica y en ese desbordamiento, arrase con las demás instituciones de contensión y control social.

Para la nueva derecha la aparición del SIDA le significa un ardid y un arma para mantener la contradicción irresoluta en la prostitu-

ción creciente y expoliadora de la prostituta (o) y las normas estigmatizantes sobre la sexualidad y la pobreza.

Enfermedad recién diagnosticada, contagiosa, todavía sin vacuna ni remedio seguro, sirve de coartada para la policía del sexo encarnada en la Iglesia católica y protestante y en el Estado.

Y al igual que cuatro siglos atrás, con la aparición de la sífilis, se maneja el SIDA como arma de represión.

La medicina inerte, hoy como ayer, sólo avanza bajo las motivaciones bélicas o del lucro y difícilmente en resguardo del dolor humano. La lista de "inventos" tecnológicos, farmacológicos y conceptuales sobre la enfermedad nacidos de los imperativos bélicos, absorben durante el siglo XX, las dos terceras partes del llamado progreso médico.

Mientras ese par de motivos poderosísimos no estén presentes, se vive dentro de un círculo vicioso: el SIDA se trata como si fuera exclusivamente un fenómeno biológico, ligado a la sexualidad, a pesar de la incapacidad médica para enfrentarlo. Los aspectos sociales y políticos sólo aparecen para condenar la libertad sexual emergente.

Las ciencias sociales autónomas del poder deben hablar en otra dirección y mostrar por principio las dos vertientes sociales reales del padecimiento. Una de carácter epidemiológico-genético-espacial y la otra, a su vez compuesto por las dos aceras de la misma calle constitutiva del modelo social-sanitario del capitalismo y sus consecuentas cotidianas.

Efectivamente, la genealogía del SIDA en México transcurre sobre dos rutas. En primer lugar aparece dentro del sendero del turismo yanqui en México. Sobre el cual transcurren los contactos con ciertos sectores homosexuales de clase media y baja -complementado a veces con el viaje de éstos a EUA- o con empleados (as) de servicios, prostituidos, ubicados generalmente en la frontera norte, las costas y las ciudades arqueológicas-coloniales. La segunda ruta del SIDA en México se conforma tras el regreso de los braceros mexicanos infectados en EUA, que al reubicarse en sus lugares de origen diseminan el virus entre sus familiares y prostitutas. Su área geográfica serían regiones del Bajio, Guerrero, Zacatecas, San Luis Potosi, etcétera, y los sectores sociales relacionados vendrían a ser grupos de clase trabajadores rural y suburbana. O sea, las zonas y grupos más expoliados y empobrecidos del país.

Semejante "invasión" que bien borda en los márgenes del derecho internacional y los derechos humanos y que podía hasta materializarse en alguna reclamación formal de indemnización, si contáramos con un gobierno nacionalista y digno, y no con el enfermi-

zo actual, tiene por lo menos un par de antecedentes en la historia de México: las epidemias de *viruela* traídas por los soldados españoles conquistadores del siglo XVI y la del *cólera* de 1847, concurrente a la presencia de los ejércitos invasores yanquis.

Como puede colegirse, existe una correlación y emparentamiento entre los momentos estelares de la modernización, occidentalización, cristanización y progreso impuesto al país por la vía militar o comercial, y las más estremecedoras epidemias que nos han desgarrado ¿simple coincidencia?

A partir de las rutas y sectores geo-sociales donde aparece el SIDA, se puede a diseñar programas de primero, segundo y tercer nivel de salud, considerando a esta no solo como una variable biológica en el ser humano. Programas que por otra parte no necesariamente deben subordinarse a las políticas de control sanitario y de salud, estatales-empresariales, que ni quieren ni pueden[13] ...responder a cabalidad. Además, queda evidenciado que los llamados sectores de alto riesgo (prostitutas y homosexuales) no lo son, por lo menos en cuanto a ser los transmisores originales.

En cuanto a la segunda gran vertiente del análisis-conceptualización del SIDA, estaríamos en lo referente a la destrucción inmunológica del individuo impuesta por el capitalismo al destruir la naturaleza e imponer ambientes degradantes de la vida: *quimización* de alimentos y fármacos y *electroritmización* de las condiciones laborales y recreativas. La otra, corresponde a las condiciones económicas ambientales.

De hecho, el SIDA es una enfermedad 'tropical', que se propaga en zonas de propensión: cinturones de miseria, arrabales de estallante insalubridad y hacinamiento, donde sus grandes multitudes están expuestas al contagio de enfermedades transmitidas por picaduras de insectos. Quien comparte la promiscuidad y el camastro, comparte también las chinches y demás sabandijas. El hambre y las más agudas formas de desnutrición, miseria física, suciedad, ratas moviéndose en la sombra, abaten los mecanismos inmunológicos —de defensa— de todos esos súbditos de la marginación y el desamparo''[14].

[13] "Para controlar y tener un seguimiento adecuado de los infectados por el SIDA, que se calculan entre 35 y 70 en todo el país en 1987 (pero dos millones para 1991) se requiere once veces lo que gasta todo el sector salud en los programas de detección oportuna de enfermedades y control de enfermedades transmisibles", pero si vemos que entre 1982 y 1986 la proporción del gasto público destinado a la salud se redujo en un 47%, las posibilidades estatales de enfrentarse a la epidemia de SIDA resultan enclenques. Córdova; Leal, Martínez. "La salud en crisis: un balance sexenal", *La Jornada*, 7 de febrero de 1988.

[14] MAYNES Puente, Samuel, "¿Quién paga el SIDA?", *Proceso*, no. 580, México, 14 de diciembre de 1987.

Con esto queremos señalar la doble y profunda vertiente causales del SIDA en las regiones y sectores "desarrollados" y los "subdesarrollados": sobretecnificación y extrema pobreza, respectivamente, los cuales en el Tercer Mundo se combinan y coexisten amorosamente.

En cambio, las políticas oficiales de enfrentamiento (¿enfrentamiento?) al SIDA, bordan en lo epidérmico y anecdótico, y aunque con algún valor, permanecen como acciones coyunturales y vistosas. Como fuera detectado el padecimiento inicialmente en prostitutas y homosexuales, quedó identificado como un mal derivado de la libertad sexual, en un discurso digno de integrar la antología de la ciencia médica del siglo XX.

Se aprueba una ley para controlar la comercialización sanguínea y se inician programas de exámenes a prostitutas y homosexuales, pero sin curarlos....[15] Recomendándose el uso de condones en la relación sexual, al considerar a ésta como una simple función biológica, dentro de una campaña vergonzante y vergonzosa.

Ahora incluso con la "Orden de empobrecimiento general de las masas populares para hacer atractivo el país al capital extranjero", llamado eufemísticamente *Pacto de Solidaridad,* ni esas políticas habrán de continuarse.

Una propuesta diferente (sin excluir aquellas tentativas burocráticas ya señaladas) consistiría en diseñar una nueva política sexual a nivel general y masivo, dirigida por la propia sociedad civil.

Significaría libertad sexual, unión libre y educación sexual no reducida a presentar dibujos anatómicos, sino ampliada a la discusion del significado psicológico personal y político-social del uso de la sexualidad. Medidas orientadas a recuperar en cada ciudadano su derecho a manejar su cuerpo. La llamada Seguridad Social es un fiasco y una coartada de control. No nos referimos a su burocratizacion y a la insuficiencia de curar en lugar de prevenir; aludimos al hecho de que es preferible (humanizador) que cada sujeto tenga más ingresos y con ellos maneje su salud, según sus propias necesidades, y no se encuentre atenido a las prestaciones de salud tuteladas por un ineficiente Estado, como si fuese un menor de edad encasillado a la tienda de raya. Por ese camino siempre dependerá del Estado y nunca alcanzará el carácter de hombre libre.

Estaría en esa dirección la legalización plena de la prostitución al ser considerada como un servicio no sólo de *hecho* sino de *derecho*,

[15] "Dos mil quinientas prostitutas y 86 homosexuales de los 5 municipios de la región lagunera de Coahuila serán examinados para detectar el SIDA en una campaña de la Secretaría de Salud". *El Sol de México*, 29 de julio de 1987.

en donde la prostituta (o) tendría la suficiente personalidad jurídica para ser el administrador de su propio cuerpo y contratar abierta y legalmente cualquier convenio sin necesidad de intermediarios-expoliadores y con la posibilidad de mejorar sus condiciones culturales tanto para prestar un mejor servicio como para mantener una cuidadosa higiene corporal.

En el mundo, tales demandas requieren mayor significado en tanto expresan propuestas de las prostitutas organizadas y las respuestas del poder.

Cinco casos reveladores:

a) Durante la primavera de 1983, el partido socialista italiano propuso la legalizacion de la prostitución, en tanto que ellas reivindican el estatus de ciudadanas con plenitud de derechos civiles y se oponen a tener que seguir sufriendo redadas, intimidaciones, riesgos de retiro de la patente y de ser deportadas a los países de origen, con la imposibilidad de defenderse de apremios de todo tipo.[16]

b) En cambio, el Consejo Consultivo de la Ciudad de México, llevó una demanda a los jueces federales para que se niegue amparo a las prostitutas que lo soliciten. Las autoridades no sólo las explotan sino que las consideran mexicanas de segunda clase[17].

c) Ya para el 3 de octubre de 1986, el Congreso Mundial de Prostitutas reunido en Bruselas demandó el derecho de las mujeres tercermundistas a no ser obligadas a caer en las garras de la explotación *prostitucional* como única alternativa a su miseria, y la exigencia de las prostitutas de los países desarrollados a la plena despenalización de la profesión y su reconocimiento legal[18].

d) Un diputado conservador británico propuso legalizar la prostitución como una medida de lucha contra el SIDA. Reconocida como cualquier profesión, podrán atenderse y vigilarse cada una de manera óptima; al no sentirse perseguidas, actuarían con una gran responsabilidad social[19].

e) Finalmente, en Yugoslavia, que al igual de los demás países de economía estatizada, oficialmente no existe la prostitución, pero la Juventud Socialista demando su legalización para evitar su explotación y la doble moral[20].

[16] *Excélsior*, 25 de abril de 1983.
[17] *El Día*, 31 de octubre de 1982.
[18] *Uno más Uno*, 4 de octubre de 1986.
[19] *Uno más Uno*, 19 de diciembre de 1986.
[20] *La Jornada*, 15 de septiembre de 1987.

Deberemos evitar la satanización directa o implícita de la *libertad sexual* como la supuesta causante de la endemia de SIDA, que por ahora detuvo este gran movimiento libertario de las prostitutas. Impedir su uso para refundir a los pobres y a los heterodoxos a la picota o a la arena de las autoculpabilizaciones.

No es un problema biológico, aunque tenga su parte sin duda. No negamos el papel de la medicina en esta tarea, a pesar de que ella carezca de la más remota idea de cómo hacerle frente. Ya las tendrá.

Anomalía con anomalía se paga.

Por lo pronto, hay que reflexionar sobre la manera de retomar con mayor vigor las reivindicaciones anteriormente señaladas, donde las ciencias sociales críticas tienen un lugar destacado.

En el tercer mundo sumergido en la crisis de transición de un modo de explotación neocolonial por otro, con ideologías políticas —igualmente colonizadas— de escasa utilidad propia y orientadas más bien a legitimar las diversas formas del poder contemporáneo, aunque aparezcan algunas como opositoras: Estado, partido único, empresa, iglesia y familia, se corre el desventuroso riesgo de promover algún cambio para que todo siga igual o peor. Llevar la *reconversión* hasta las últimas exigencias del Banco Mundial o de creer que la alternativa es el *totalitarismo estatista*.

Kolakowski, quien sufriera su existencia, nos advierte:

> lo que está en juego no es sólo el destino de una forma cultural particular, sino el de la humanidad que conocemos; no porque la nueva civilización sea militarista, imperialista y agresiva, sino por sus metas educativas: porque promete convertir a las personas en parte perfectamente reemplazable de la máquina impersonal del Estado, sin que ninguna de ellas tenga más realidad que la que esta máquina quiere concederle, ni voluntad, ni capacidad para rebelarse, ni pensamiento crítico propio. Mientras podemos argumentar que este ideal es inalcanzable por razones inherentes a la naturaleza humana, un fuerte movimiento hacia él ha provocado ya innumerables desastres culturales, y parece que seguirá causándolos...[21].

Nuestra propuesta en cambio, lejos de medicalizar la existencia, reivindica la autogestión del cuerpo, la comunidad y la vida.

enero de 1988

[21] KOLAKOWSKI, Leszek, "La idolatría de la política", Revista *Vuelta*, no. 132, México, noviembre de 1987.

GAY POWER

EL FISGÓN

MACHISMO Y SIDA.

EL FISGÓN.

El Fisgón. Caricaturista de *La Jornada*.

LAS PLAGAS Y EL AMARILLISMO: Notas sobre el SIDA en México

carlos monsiváis

A: Margie, Bestsie, Eugenia, Tania y Jesusa, por su talento y su solidaridad.

I

Al conocimiento por vía del escándalo. En julio de 1985 el actor Rock Hudson se declara enfermo de SIDA, y la señal apocalíptica anunciada desde 1983 en diarios y revistas, adquiere un rostro célebre, el de la fama perseguida y coronada por la tragedia, el *matinée idol* fulminado de improviso. "Si a él le dio a cualquiera le puede ocurrir", es el corolario inevitable. Y el morbo despliega sus ofertas industriales: tres biografías (a la oficial de Sara Davison le siguen las memorias de la ex-mujer de Hudson), numerosos artículos sobre el drama alcóholico de la estrella de cine que ocultaba su vida privada, entrevistas "¡con el último amante de Rock Hudson!", revelaciones sobre el FBI que investigó y documentó la homosexualidad del actor cuando éste hacía de agente federal en una serie de televisión, información sobre la demanda judicial postmorten (por 10 millones de dólares) que entabla un amante de Hudson acusándolo de no prevenirlo sobre su enfermedad. El amarillismo, todavía no muy informado sobre las consecuencias de la saliva, se preocupa por la salud de la actriz Linda Evans, que interpretó, junto con Hudson, escenas de amor en la serie *Dynasty*. Ella declara su solidaridad con Hudson y su despreocupación ante la posibilidad de contagio.

En *Time, The New York Times, Los Angeles Times* y todas las grandes publicaciones del mundo abundan los grandes reportajes sobre el tema, ilustrados con las fotos de Rock Hudson, destruido por el mal, en los huesos, casi irreconocible. Al tiempo que se divulga información sólida, que seguramente salva muchas

vidas, se adueña de la escena el moralismo apoyado en el antiguo prejuicio exterminador de la homofobia. "¡Hay que aislar a los homosexuales! ¡El cáncer gay es castigo de Dios! ¡Este es el resultado de la permisividad!". Los sacerdotes, los padres de familia habilitados como redentores de la humanidad, la cantante Donna Summer, las autoridades municipales, los obispos y cardenales, coinciden: el mal se concentra sobre quienes viven en el Mal: heroinómanos, homosexuales, hemofílicos (la culpa de los padres) y haitianos (por un tiempo). Se acabó la Revolución Sexual.

Al riesgo cierto se añade el peso de la moralización con sus temibles consecuencias. Al estrépito orgásmico de los setentas sucede la devastación. La vida cotidiana de los homosexuales, el sector más afectado, se ensombrece, necesariamente y a la fuerza, y se toman medidas obligadas (del cierre de baños turcos al cese de la promiscuidad), en medio de presiones innumerables que en su mayoría poco tienen que ver con la enfermedad. En las "ciudades de la peste", San Francisco, Los Angeles y Nueva York, el tema es circular y el pavor omnipresente. Muchedumbres de ávidos lectores memorizan los sucesivos informes sobre el virus oportunista, y se siguen con atención las estadísticas fúnebres. En su relato *The Way We Live Now* (publicado en español por la revista *Vuelta*) Susan Sontag describe en forma magistral la espiral del terror, los nuevos ritmos de la vida comunitaria, el derrumbe veloz de los enfermos, los autoengaños y los recursos psicológicos para no abismarse en la depresión absoluta. (También a la luz del SIDA se revisa *La enfermedad como metáfora,* el magnífico ensayo donde Sontag muestra cómo la demonización social de una enfermedad se agrega vorazmente a la enfermedad misma).

Las reacciones varían al extenderse la pandemia en diversos países, pero el común denominador es la culpabilización del enfermo. En un pueblecito colombiano, se prende fuego a la clínica que atiende a dos sidosos; en Londres, se persigue a un enfermo en la calle, y se semidestruye su casa; en Estados unidos abundan los actos de intolerancia, los médicos y enfermeras que lanzan a la calle a pacientes, las familias que rechazan a hijos o hermanos, los sidosos que mueren literalmente de hambre, porque nadie quiere o nadie se atreve a socorrerlos; en la provincia chilena, un pueblo expulsa a 17 reos homosexuales, negándoles el trato y el alimento...

Los relatos de la intolerancia se multiplican y son todo menos anécdotas. Los niveles de civilización adquieren una importancia definitiva y en Francia, Inglaterra, los países nórdicos, Estados Unidos, Perú, España, Argentina, Italia, Austria, Alemania Federal, la sociedad ayuda o persigue en distintos niveles. Ante la indife-

rencia y la persecución, ante la voluntad autodestructiva de muchos homosexuales, las comunidades gay reaccionan de acuerdo a sus fuerzas y establecen grupos de terapia y apoyo (en Italia los llaman "apóstoles sídicos"), y grupos de contrainformación que en algo rectifican el flujo avasallador de noticias y rumores, donde la mayor mentira se encuentra en el tono condenatorio. Por lo demás, no se conocen todavía remedios para el SIDA, y pese al esfuerzo internacional (sobre todo de los investigadores norteamericanos y de la clínica Louis Pasteur en París), no se garantiza a corto plazo ni la obtención de la vacuna ni el proceso de curación. Mientras se incrementa el número de enfermos, las estadísticas varían y los expertos las juzgan poco confiables. El resultado más directo: los "grupos de alto riesgo" —en especial homosexuales y heroinómanos— padecen campañas de linchamiento verbal y fisico. A muchos se les despide de sus empleos, se les niegan casas y departamentos.

A fines de 1986 se derrumba la confianza homófoba en la concentración del mal sólo en los "grupos de alto riesgo". Sobreviene lo que la revista *Time* llamó *The Big chill,* el escalofrío que recorre la vida de los heterosexuales, el número de cuyos sidosos aumenta mientras se estabiliza o disminuye la proporción de los homosexuales. En medio de la tragedia, se desata otra gran batalla comercial, la de los preservativos o condones. En España se decide en reunión de ministros la creación de una gran industria estatal de preservativos. El clero católico se opone en muchos países a la publicidad televisiva de los preservativos. Eso equivaldría a reconocer la existencia del sexo. En casi todas partes, y por lo menos entre quienes disponen de facilidades informativas, se recompone la vida sexual. En muchas películas ya los personajes dudan antes de lanzarse al coito. Se difunden las atmósferas precautorias, y se implanta un inesperado control de la natalidad.

II

En México la información sobre el SIDA es por lo menos irregular y caótica, y se concentra, al principio, en gacetillas de divulgación científica, en versiones pintorescas sobre el "cáncer gay", en notas sobre la pareja de amantes enfermos que se lanzan desde lo alto del Empire State, o sobre el ladrón capturado que le escupió a los policías jurando tener SIDA. No mucho más. Pero aquí como en todas partes, (según precisa Randy Stilt en su magnífica crónica sobre el AIDS, *And the Band played on),* es el caso Rock Hudson el

gran liberador de la alarma y del alarmismo. En agosto de 1985, *Excélsior* hace una encuesta al respecto. El representante papal en México, Gerónimo Prigione, es muy enfático: el SIDA es el castigo de Dios para quienes quebrantan la ley de la Naturaleza. Y es el actor Augusto Benedico quien mejor le responde: "El espíritu del señor Prigione nada tiene que ver con el cristianismo". En provincia los articulistas se llaman a ultraje de conciencia. Los homosexuales traerán sobre nuestro país la ruina, y hay que detenerlos a como dé lugar y de manera literal. Meses de fiesta para los periódicos vespertinos y las publicaciones en la línea de *Alarma*. Desde los titulares se intimida, se miente, se incita al linchamiento: "CUNDE EL SIDA" / "Los mujercitos esparcen la peste" / "La plaga bíblica sobre los afeminados" / "Dios sacude a Sodoma". En el lamentable programa del canal 13 *El Ciudadano Infraganti* (que quiere ser el castigo inquisitorial sobre los paseantes descuidados), se infiltra el chiste típico: un grupo de jovenes conversa. "¿A tí que rock te gusta?". Cada uno da el nombre de un conjunto, y el último, contoneándose, dice: "A mí, Rock Hudson". Los que están a su lado huyen.

La desinformación es terrible. En *Alerta* se lee: *"El mal está en todas partes, en los restaurantes, en los cines"*. Y *Ovaciones de la tarde* dedica tres días seguidos sus ocho columnmas a responsabilizar a los mosquitos por la propagación del SIDA. El límite es un volante, pegado en distintos sitios de la capital, cuyo contenido reproduzco:

ATENCION

CUIDESE DE CONTRAER EL MAL "(SIDA)"

El que lo transmite y contagia en un 100% es todo hombre homosexual, operados, maricones o bisexuales.

¡AISLESE DE ESTAS PERSONAS!

—No use el mismo sanitario
—No hable cerca de ellos
—Se recomienda que los sanitarios sean aseados 3 a 4 veces al día por ellos mismos, para evitar que otras personas se contagien al limpiar los sanitarios.

ULTIMAS ESTADISTICAS DE FECHA DE ENERO 1987

El virus del Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida "SIDA"; los más altos del país provienen de Monterrey, N.L. o del norte del país.

Con una estancia mínima de 60 días, repórtelo a la Secretaría de Salud, para que sea clasificado y observado.

El SIDA (El Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida) es transmitido por contagio y tendrá como consecuencia un índice apocalíptico que podrá acabar con la especie humana.

A esta conclusión llegaron especialistas de esta capital de Monterrey, N.L. en un encuentro sobre las perspectivas del síndrome SIDA.

Los patólogos de Monterrey, N.L. aseguran que si no se toman precauciones excesivas la epidemia podrá exterminar a la humanidad. Asimismo fue corroborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¿Qué se busca con esta campaña, o mejor dicho, con esta serie de campañas? Más que la prevención de la enfermedad el extermino de la disidencia moral. Ante la tragedia muy real la irracionalidad social contesta con medidas grotescas que traen consigo destrucción de vidas y desprecios por los derechos humanos. En Campeche y en Veracruz, alcaldes del pueblo persiguen a travestis y homosexuales notorios, y los expulsan, chantajean, golpean. En Mérida se detiene a los gay sin orden de aprehensión y sin otra causa que la probabilidad que el contagio. Incapaz de atender a las necesidades de Monterrey, el alcalde Luis Farías (el patético defensor de lo indefendible, el cortesano de Díaz Ordaz en 1968 , el amigo del prófugo Miguel Lerma Candelaria, el firmante de manifiestos patrocinados por la CIA) acosa a los homosexuales, multiplica redadas, consiente golpizas y torturas. En Ciudad Juárez los homosexuales se organizan por un tiempo para contener los ataques, pero luego no logran evitar los secuestros "para hacerles la prueba del SIDA". En las cárceles, las vejaciones se multiplican. En algunas colonias populares, a los homosexuales más identificables se les insulta, y se pintan las puertas de sus viviendas con leyendas injuriosas.

Con todo, la intervención de la Secretaría de Salud, y la crítica y la información de la prensa democrática y liberal *(Proceso, La Jornada, Excelsior, El Dia, El Universal, Uno más Uno),* e incluso de la televisión privada, evitan la intensificación de la cacería de víctimas "probables".

Pese a limitaciones que mucho tiene que ver con el poder de la Iglesia, reacia a permitir alusiones mínimas a lo sexual, y al presupuesto menguante del Sector Salud, se organizan campañas de prevención y divulgación desprovistas de amarillismo. Pero el esfuerzo apenas llega a la radio y la televisión. Lo impiden las presiones del Episcopado mexicano que califica la información de la Secretaría

de Salud de "propaganda elogiosa para lesbianas y homosexuales" *sic*. Tiene mucha razón el teólogo brasileño Leonardo Boff quien, a propósito del SIDA, previene sobre el gravísimo peligro de esta ola gigantezca de deshumanización. Y en este proceso es determinante la actitud del papa Juan Pablo II, quien persiste en su condena a ultranza de la homosexualidad, y estigmatiza los esfuerzos democratizadores de los católicos norteamericanos, en especial el vigoroso movimiento por la reconsideración de la vida gay, del aborto, de la ordenación de mujeres sacerdotes, de la genuina vida comunitaria. Aunque obligado en 1987 en su gira por Estados Unidos, a declarar que el SIDA "no es un castigo de Dios", el Papa no muestra en verdad preocupación alguna sobre el trato inhumano a los enfermos.

III

A principios de 1988, el SIDA en México es todavía, aunque ya las cifras empiezan a modificarse, un problema que afecta especialmente a los homosexuales (cerca del 70% de las víctimas, más un 18% de bisexuales. Datos de septiembre de 1987). Y si las reacciones homófobas no han sido o todavía no son más violentas, esto se debe en gran parte al crecimiento rápido de la tolerancia, del respeto a los modos de vida ajenos, fenómeno que ya se advierte con claridad en los años setenta y en cuya conformación intervienen hechos diversos:

—La explosión demográfica que vuelve irrelevantes los juicios antes tan devastadores sobre las conductas ajenas. Esto sobre todo en las grandes ciudades.

—La información sexológica que seculariza el temor ante el comportamiento más "profanatorio", el homosexual. (Al respecto del SIDA, por ejemplo ha sido mesurada y, en lo posible, desprejuiciada la abundante información en los medios masivos).

—La enorme disminución del control del confesionario, y de las diversas tiranías paternalistas.

—El nivel creciente de la divulgación científica.

Un capítulo de la mayor inportancia en este proceso civilizatorio es la acción de los distintos grupos gay que se inicia en 1978, cuando participan en la marcha conmemorativa a los 10 años de matanza de Tlatelolco. El auge del movimiento gay se da entre 1978 y 1983, en esos años instala con relajo y dramatismo el tema y sus protagonistas en el campo de atención de la izquierda social y del sector cultural. En la ciudad de México, el Frente Homosexual de Acción Revolucionaria (FHAR), el grupo Lambda de Liberación

Sexual, distintas organizaciones de lesbianas, grupos de cristianos gay, etcétera, participan en numerosas conferencias y mesas redondas, y celebran desde 1980 la Marcha del Orgullo Homosexual en el último sábado de junio.

En el periodo de auge, de manera imprevista, con mayor o menor fortuna. y defendidos por la izquierda política (en especial el Partido Revolucionario de los Trabajadores, y en menor medida el Partido Socialista Unificado en México), surgen grupos gay en Guadalajara, Colima, Puebla, Toluca, Oaxaca, Guanajuato, Tijuana y Ciudad Juárez. De ellos, el más significativo es el Grupo Homosexual de Liberación (GHOL) que en Guadalajara moviliza en 1982 a cerca de mil personas que hacen un mitin contra las redadas frente al ayuntamiento.

Ante la emergencia gay la sorpresa inicial no es tan desmesurada como se preveía. Un sector se ofende ante quienes se declaran "pervertidos". Y el morbo, la hipocrecia, el sarcasmo y la resistencia moral se alían contra esta "aparición del subsuelo". Pero el moralismo no se emplea a fondo en la batalla de contención, y en un lapso breve el shock se atenúa, e incluso en 1987 la Semana de Cultura Gay se efectuó en el Museo del Chopo de la UNAM, sin otra consecuencia que la carta de un moralista histérico a *Excelsior*.

A lo largo de una década, se difunde y se amplía una "cultura gay" previsible e imprevisible, se multiplican discotecas, restaurantes, bares y comercios especializados; se publican revistas como *Nuestro Cuerpo, Lambda* y ahora *Macho Tips;* se despliega una literatura con temática homosexual de narradores jóvenes: Luis Zapata, José Joaquín Blanco, Jorge Arturo Ojeda, Rafael Calva, Raúl Rodríguez Zetina, Severino Salazar; y una plástica equivalente: Nahum B. Zenil, Arturo Ramírez Juárez, Antonio Salazar, y muchos otros. A esto, un ámbito social regido por la hipocresía le opone la indiferencia programada, la minimización de logros, el "rechazo estético" que es en gran parte resistencia moral.

No es para menos, en una cultura habituada a que los "desviados" se mantengan en su sitio. Pero es muy real con todo el avance de la tolerancia. En 1974, Nancy Cárdenas se enfrentó con inteligencia y valor al capricho del delegado Delfín Sánchez Juárez, obstinado en prohibir *Los Chicos de la Banda* (The Boys in the Band), la obra teatral de Mart Crowley. Hubo forcejeos, la censura se apoyó en el amarillismo, Nancy Cárdenas recurrió al sector intelectual, y consiguio finalmente la autorización. De allí en adelante disminuyen en forma considerable los problemas de los directores teatrales, y en foros universitarios o comerciales se presentan piezas de temática gay dirigidas por José Alcaraz, Carlos Téllez, José Ra-

món Enriquez, Xabier Lizarraga, Gustavo Torres Cuesta, Juan Jacobo Hernández, etcétera.

Es en el cine donde alcanza quizás mayor precisión, el aumento de la tolerancia y del respeto. Del asco manifiesto y del ocultamiento a ultranza se pasó, en unos años, a la visión melodramática que ya dice su nombre (cuya cumbre arquetípica es *The Boys in the Band*, de 1970), y la aceptación discreta *Making love* de 1982, de Arthur Hiller, el mejor ejemplo). Eso para no referirse a la no muy parca producción de *films* independientes, documentales, incluso cine porno. Y en los años del SIDA, la tendencia es presentar el tema/problema homosexual desde perspectivas cada vez menos melodramáticas. En *Doña Herlinda y su hijo*, Jaime Humberto Hermosillo describe con humor y eficacia la relación amorosa entre dos jóvenes, auspiciada y protegida por la madre de uno de ellos. Hermosillo ya había abordado la atmósfera homosexual en varios de sus *films*, sobre todo en la muy tremendista película *Las aperiencias engañan*, pero en *Doña Herlinda y su hijo* resuelve con excelencia lo sugerido apenas o lo antes descrito como teratología. La normalidad de la pareja, el sistema de concesiones al que dirán, el amoroso autoengaño de las madres de homosexuales, el deseo que sobrevive a los convencionalismos, y mucho del humor y la fragilidad de la vida gay desfilan en *Doña Herlinda* en forma desdramatizada, sin falsas intensidades. Pequeña obra maestra, a la que curiosamente impulsan la pobreza de la producción y el amateurismo de los actores, *Doña Herlinda y su hijo* sintetiza el clima de comprensión que facilita las libertades artísticas.

Esto, repito, sucede en todas partes. Las películas que tratan del SIDA específicamente corresponden por fuerza a una dimensión trágica, pero incluso en *El virus no respeta a las personas decentes* (1985), la muy ácida película del cineasta alemán Rosa von Pranheim, el humor posible es el elemento de normalización. Y en otros *films* el melodrama se diluye o se elimina. En la excelente *My Beautiful Laundrette* (Mi bella lavandería, de 1985, del director inglés Stephen Frears), la relación amorosa de un pakistano y de un inglés proletario se da sin tremendismo alguno en medio de los paisajes de la Inglaterra racista y en bancarrota. *Otra historia de amor* (1987, del director argentino Américo Ortiz de Zárate), la seducción de un hombre maduro por su joven empleado se traza con malicia, y el escándalo social no impide el final feliz. En *Maurice* (1987, del director inglés James Ivory) el clima de la Inglaterra de principios de siglo, tan finamente captado por E.M. Forster en la novela homónima que escribió en 1913 y sólo se publicó en 1971, no da lugar a visiones desgarradas. Ivory se dedica a mostrar la feli-

cidad que, de cualquier forma, muchos homosexuales consiguen en medio de represiones e incomprensiones. Incluso en dos películas que abordan situaciones trágicas, la normalización se da a través de la denuncia de la intolerancia. *Prick Up Your Ears* (1987, de Stephen Frears) parte de un hecho real: el asesinato del dramaturgo inglés Joe Orton por su amante Fred Halliwell, que luego de destrozarle a Orton el cráneo a martillazos, se suicidó empastillándose. Pero el film no se reduce a ilustrar un caso límite de nota roja. Va más allá, indaga en el sistema de represión múltiple que obliga al gozo sórdido de la promiscuidad, e institucionaliza el miedo y la paranoia. *Los anteojos de oro* (1987, del italiano Alberto Lombardi), se basa en la novela de Giorgio Basani sobre el profesor que, en la pequeña ciudad sometida por el auge fascista, se enamora de un joven que en su desdén brutal lo conduce al escándalo, a la ruina social y al sucidio. En los años setenta sólo se hubiese permitido la película si se garantizaba la visión desgarrada de la víctima. En los años del SIDA, lo que se subraya es la estupidez criminal de la sociedad. No es la ruindad del joven lo que empuja al profesor al suicidio. Es la soledad definitiva que agiganta la ruindad del fascismo.

IV

En el enfrentamiento al SIDA y sus consecuencias de toda índole, ha resultado de extraordinaria importancia la condición laica del Estado mexicano. Esto ha frenado muchas reacciones moralistas y por lo menos las cerrazones homófobas no han dispuesto de la complicidad del gobierno central. Pero la epidemia se da en medio de la crisis económica más grave del siglo mexicano, es muy limitada la investigación científica sobre la materia, son altísimos los costos de atención a los pacientes del SIDA, los prejuicios decimonónicos de muchos médicos y enfermeras provocan situaciones de abandono y maltrato, y sigue haciendo falta un personal especializado.

Al respecto, la fundación Mexicana contra el SIDA, coordinada con inteligencia y tesón por Luis González de Alba, es la que representa la acción más sistemática de la sociedad civil. Pese a lo limitado de sus recursos económicos, la fundación ha puesto en marcha un grupo de apoyo psicológico a los enfermos, un consultorio, la edición de folletos, la distribución de preservativos y un sistema de consultas telefónicas. También organiza con frecuencia mesas redondas en universidades y canales de televisión.

Por desgracia, es todavía muy insuficiente la información. Como era casi inevitable, es muy arduo difundir en todos los niveles noticias correctas sobre el SIDA y su prevención. En sectores populares, atados históricamente al prejuicio autodestructivo y la cultura del rumor, la "inconciencia" *(le doy ese nombre a la atroz desinformación)* lleva a muchos homosexuales y heterosexuales, a no modificar sus prácticas, a seguir comportándose bajo la ilusión de la "ruleta rusa", el suicidio como azar.

Hasta el momento, y pese a los otros sectores involucrados, la repercusión social del SIDA en México se ha centrado exclusivamente en el medio homosexual. Allí, el miedo se profundiza, al irse difundiendo informes siempre a medias sobre la suerte de amigos y conocidos y la doble aflicción de las familias, sobre las condiciones humillantes de los enfermos, en sus casas o en hospitales. Es todavía reducido el enfrentamiento psícológico y sociológico a las resonancias del SIDA. En Europa y Estados Unidos, por ejemplo, los sidosos no aceptan que se les llame "víctimas", término que según ellos afianza la perspectiva irracional, y prefieren ser llamados simplemente "enfermos". De igual modo, rechazan el término "se está muriendo de SIDA" y eligen "vive con SIDA", para mostrar el afán de resistencia hasta donde es posible, la voluntad de no asumir la tragedia como fatalidad. Pero en Europa y Estados Unidos la vida de los sidosos se prolonga por más tiempo que en México, por la capacidad médica ya instalada.

¿Cómo impulsar los sistemas de información? ¿Cómo estar al tanto de avances científicos y debates públicos? En Francia, por ejemplo, a fines de 1987, fue muy comentado el artículo de Jean-Paul Aron (sobrino de Raymond) en *Le Nouvel Observataire*. Aron se declaró enfermo de SIDA, y explicó su visión ética del asunto. Para quitarle al padecimiento sus filos demoníacos, los propios enfermos deben tener voz en la percepción social del SIDA. Por eso, añade Aron, no se entiende el silencio de y sobre Michel Foucault, quien murió de SIDA en 1984. Por la importancia de Foucault, y su papel extraordinario en la reconsideración de la historia de la sexualidad, sus aportaciones hubiesen sido valiosísimas. Al margen del debate sobre Foucault, la posición de Aron es significativa. Y no es ni con mucho el único enfermo que aborda el tema. Meses antes de morir, el escritor y artista Copi terminó su obra teatral *La visita inesperada*, y ya hay decenas de piezas y novelas escritas por sidosos.

El SIDA es asunto de la medicina y de la moral, de la salud y de la sociedad, En 1991, según previenen las estadisticas, habrán en el mundo de 5 a 10 millones de portadores del virus, lo que eliminará

en definitiva la etiqueta aislante de "grupo de alto riesgo". Pero la repartición universal del contagio no evitará durante un tiempo indefinido que prosiga la *(moralización)* de la enfermedad, cuyas cargas de oprobio van del paciente a su elección sexual, de la tragedia personal a la feroz inculpación de quien la sufre

El centro de tal "moralización" es la homofobia, el odio históricamente interiorizado contra los homosexuales que engendra una certeza: ante la sexualidad diferente el prejuicio sigue siendo el mejor método descriptivo que justifica acciones de toda índole incluso el linchamiento físico. Es tan vigorosa la producción de imágenes denigrantes de la homofobia que en muchas comunidades se convierte en ley inapelable. Como sucede con el antisemitismo, también en el caso de la homofobia el prejuicio se considera exento de cualquier respeto a los derechos humanos y civiles (Por eso el asesinato de homosexuales suele quedar impune. Al asesino lo perdonó la sociedad desde siempre). El homosexual es responsable ante la cultura judeo-cristiana y la familia, las instancias que automáticamente ven "sordidez" en lo distinto. Como lo han revelado artículos y libros, John F. Kennedy tuvo cerca de mil relaciones sexuales durante su periodo en la Casa Blanca; Tennessee Williams salia ocasionalmente a ligar. Ergo: Kennedy era absolutamente normal, Tennessee Williams era sórdido por promiscuo, promiscuo por sórdido.

Esta doble medida y la visión del mundo que la engendra determinaron desde el principio la conversión de la enfermedad en delito múltiple. No solo una enfermedad desconocida irrumpía en un mundo ya seguro de haber prolongado para siempre los periodos de vida; también la enfermedad cundía entre quienes nunca habían dejado de ser socialmente la *enfermedad.* Y homofobia es el eje de la irracionalidad desde donde se contempla el SIDA. Pese al escasísimo número de médicos y enfermeras contagiados en el mundo (en todos los casos al manejar agujas hipodérmicas), se hizo necesario un acuerdo de la Asociación Médica Norteamericana, que a fines de 1987 decidió expulsar a cualquiera de sus integrantes que se negase a atender un enfermo de SIDA. Y los lados polémicos se multiplican. Debido a eso, luego de reñidas discusiones la Asociación Médica Internacional decidió permitir que los médicos que asi lo considerasen justo notificasen a las autoridades sobre casos de SIDA, pasando por encima del secreto profesional.

A fines de siglo, en medio del impresionante desarrollo científico, se hace necesario el minucioso análisis ético de las etapas y las consecuencias de una enfermedad. En agosto de 1987, *The New York Times* editorializó:

Es inequívoco el prerrequisito moral para rehusarse a la prueba del SIDA: quien se niegue a hacerla deberá proceder como si el resultado de su examen fuese seropositivo. Es obviamente criminal, en el sentido literal del término, la actitud de quien sabiéndose contaminado de una enfermedad mortal transmisible, actúa de modo irresponsable. Del mismo modo es criminal, en el sentido literal del término, el abandono, el mal trato, el rechazo a los enfermos.

Con candor tal vez no imprevisible, el empresario televisivo Emilio Azcárraga Milmo difundió una visión del problema que incluye al SIDA entre los jinetes de la decadencia:

La gente no quiere cambiar, aunque sea en su beneficio. Los cambios se tienen que hacer un poco en contra, quizá, de la mayoría de las personas, porque la mayoría quiere que la dejen tranquila, en paz y como está. Y esto es muy simplista, y ojalá se pudiera hacer, pero cuando está viendo la televisión y cuando no tiene rock and roll y tiene blue jeans y SIDA, drogas, y una serie de consecuencias, pues no se le puede dejar como está.

(*La Jornada*, 16 de enero de 1987).

Asi es. Resultan lo mismo el rock, los jeans, el SIDA, las drogas y sus consecuencias. Todos son, según este prejuicio medieval puesto al dia, males de la "modernización". Ante la ausencia de explicaciones científicas, el collage de evidencias "diabólicas". Y tal incomprensión, además tiene un alto costo informativo en México. En momentos, y a impulsos del escándalo, el tema se pone de "moda "*¡Más niños con SIDA!*", por lo común, el crecimiento de la enfermedad se confina a los boletines de la Secretaría de Salud, y en noticias internacionales que suelen pasar inadvertidas. Y esto sucede cuando la explosión demográfica del mundo gay, la populosa vida homosexual, la conciencia de derechos, presionaban para la eliminación creciente de la mentalidad de ghetto (con su mitología de la autodestrucción como salvación), y hacían que decenas de miles de jóvenes viviesen su elección sexual de manera cada vez menos culpabilizada.

Lo central en el fenómeno del SIDA, y lo que menos toma en cuenta la atmósfera de pánico, es el apoyo activo a los enfermos, que se complementa con las campañas permanentes de prevención. A los hospitales siguen llegando personas afectadas y es preciso crear la conciencia al respecto: la lucha contra el SIDA (que es científica, médica, moral y social) es causa básica de la sociedad civil y del Estado. Están en juego miles de vidas, el dolor y el drama de las familias, la relación entre enfermedad y civilización, el avan-

ce de la tolerancia en medios tradicionalmente reacios a admitir la diversidad legítima. Ya todos pertenecemos a los "grupos de alto riesgo", pero en México, por tiempo la homofobia dirá lo contrario. La tarea inmediata es oponerse a esto en la medida de las posibilidades, y evitar el robustecimiento de los prejuicios conservadores, causantes de la infelicidad histórica de las minorías. La solidaridad y el respeto hacia los enfermos, la erradicación de "la culpa moral", son deberes insoslayables de la condición humanista de nuestras sociedades. A la tragedia individual y colectiva no debe añadirse el peso del linchamiento social.

diciembre de 1987


HAY LIBERTAD POLITIC
NO HAY LIBERTAD SEXUA
HOMOSEX

Foto anónima. Archivo de *El Universal.*

OPINIONES A DEBATE. En torno al SIDA en México

*francisco galván díaz**

I. El SIDA: moral y política[1]

A las puertas del nuevo milenio resulta ya imposible hablar de política sin ligarla a la moral: padecemos un *mundo de vida*[2], una "esfera de las discusiones públicas" y otra de la "vida privada", que crecientemente se ven expuestas al coloniaje de las decisiones funcionales y verticales que se toman en el sistema político-administrativo y en el subsistema económico.

Un ejemplo concreto de esta conjetura es la política general del gobierno de MMH y en especial su apartado relativo a uno de los más recientes problemas nacionales: la política gubernamental en materia de SIDA.

** El conjunto de notas que compilan las siguientes "opiniones a propósito del SIDA", son puntos de vista expuestos en diversas publicaciones, entre noviembre de 1987 y marzo de 1988. La actualidad de las mismas, pero también la posibilidad de ponerlas a la consideración crítica de un público más amplio nos sugirió la edición de las mismas. En todos los casos se da la referencia del medio en donde originalmente aparecieron y solo se agregan algunas aclaraciones. Se incluyen también un par de notas inéditas.*

[1] Este artículo fue publicado, con ligeras modificaciones, en *La Jornada*, p. 14, del 15 de diciembre de 1987. Había sido entregado a fines de octubre de ese año.

[2] La noción de *mundo de vida* y su concomitante sistema fué acuñada, en el sentido que nosotros usamos, por Jurgen Habermas, en *Teoría de la Acción Comunicativa*. Ambos son conceptos límite, algo asi como "modelos", o si se quiere "tipos ideales", en el sentido más clásicamente weberiano.

Como *mundo de vida* (esfera de la vida privada y esfera de lo público) debe entenderse el espacio en el que permanentemente se mueven actores que se comunican. Un momento constitutivo del *mundo de vida* es la consideración de que se constituye esencialmente a partir del "saber", "conocimiento" que da lugar a la acción de los particulares, quienes desprenden y practican interpretaciones en base a situaciónes de la acción y conforme a esto, estructuran su actuar.

En gran parte este "saber", esos "conocimientos", son inconscientes y tenden-

Se toma la decisión de considerar al SIDA un problema de orden nacional y se actúa sólo parcialmente. En consecuencia, se legisla y se reforma la Ley General de Salud, con lo cual se busca disminuir y evitar el contagio del virus VIH mediante transfusiones sanguíneas, pero poco a casi nada se hace en materia de información para prevenir la infección por coito y aun menos para disminuir los estereotipos sociales que se han desarrollado en perjuicio del infectado o del enfermo o acaso para intensificar la solidaridad social con ellos.

El gobierno mexicano elude responsabilidades sociales y esto es inmoral. Hace cosas buenas, pero por insuficientes resultan inmorales. Parece —en el fondo— no importarle que el mecanismo básico de transmisión de la enfermedad ocurre por el coito y por lo tanto actúa inmoralmente al informar insuficientemente.

El cambio de conductas individuales y sociales pasa por la educación y la publicidad, por el rumor y la acción comunitaria. El gobierno mexicano parece no darse cuenta y la omisión es inmoral: ¿Por que no difundir el uso de los preservativos (condones), tal como se hace con las "toallas sanitarias", auxiliares en el ciclo menstrual de la mujer? ¿Por qué no utilizar, en suma, aunque fuera en una mínima parte el tiempo de transmisión en los medios de comunicación masiva a que tiene derecho el gobierno, para tratar de evitar la posible muerte por SIDA de muchos mexicanos o como prefieren decir los tecnócratas, "la pérdida de recursos humanos"?

Desde fuera de las redes, nada imaginarias, del ejercicio del poder político no es difícil percatarse de que a menor información sistemática y permanente, diversificada y plural, mayores posibilidades hay de que el SIDA cobre magnitudes apocalípticas en nuestro país. De una catástrofe así es moralmente responsable no el individuo que muere o enferma. En la perspectiva de la sociedad, históricamente es responsable quien le representa en el espacio de las decisiones centrales para la marcha de la nación: el gobierno.

Pero el gobierno político-administrativo también es responsable

cialmente tienen el carácter de evidencias. Como dice Helga Gripp ('Jurgen Habermas', UTB, 1984), "se puede entender el *mundo de vida* a la manera de un depósito de convencimientos inquebrantables, según los cuales los actores generan los fundamentos para sus procesos de interpretación". Esta forma de entender las cosas en Habermas, sociológicamente dicho, puede resumirse en la comprensión del mundo de vida como una red de vinculaciones que lingüísticamente debe contemplarse como constitutivo y por ello generarse intersubjetivamente. Cfr. Mi traducción de Habermas "Las relaciones de intercambio entre sistema y mundo de vida" y las notas a la misma, en la Revista *Ensayos* No. 10, de la UNAM y en la Rev. *Sociológica*, No. 5, la traducción "La idea de la Universidad—procesos de aprendizaje" y las notas a la misma.

porque las condiciones socio-económicas de México son la consecuencia de sus políticas. La peligrosidad del SIDA es potencialmente mayor entre nosotros gracias a la magnitud de la desnutrición de nuestro pueblo, a la decadencia ecológica significativa, sobre todo en los polos de mayor desarrollo urbano; y debido al *stress* colectivo que se ha convertido en "lo normal" de la convivencia humana entre los mexicanos y a una política social signada por una vergonzosa e irresponsable dilapidación del gasto público, v. gr., en las campañas de las sucesiones y en el irracional pago de servicios de la deuda. No es poca cosa que de 1982 a 1988 haya disminuido el gasto público en salud 47.1 por ciento. Todo esto torna fisiológica y psicológicamente débil a una nación, y de ello es moralmente responsable el conjunto de gobiernos institucionalizados con la "revolución mexicana" y especialmente el último de ellos.

En otras latitudes a lustro y medio de la propagación del SIDA se ha probado que el único remedio contra ese mal es la *ilustración*. Que esto es sumamente costoso, nadie lo pone en duda. Empero, los recursos en México se invierten en legitimar proyectos infames como el de Laguna Verde y no menos abyectos como la campaña del Consejo Nacional de la Publicidad para "emplearse a fondo". En esas empresas publicistas si algo falta es la intención de que las energías de la sociedad para su autodefensa despierten. Y a grado tal no subyacen esas intenciones emancipativas en la publicidad política del "sector público" y de la "iniciativa privada", que en lugar de invertir los pocos fondos responsablemente, luego de que no se hace realmente una campaña nacional "antisida", se llega al absurdo de dilapidar casi 230 mil dólares (alrededor de 400 millones de pesos) financiados por el Population Council de EUA, en un programa de encuestas coordinado por funcionarios de la Secretaría de Salud, —seguramente Kafka hubiera tomado el tema para alguna de sus narraciones— bajo el título de "Impacto de la campaña de los medios de comunicación masiva en la prevención del SIDA en México": ¿Cuál es el objeto de constatar lo inexistente? ¿A quién se quiere convencer de que se está haciendo? ¿Será que con este tipo de gastos onerosos se busca legitimar funciones... para cubrir insuficiencias? ¿En dónde y cómo queda la seguridad nacional? ¿No sería moralmente responsable de mayor significación emplear sumas como la mencionada en información educativa o tal vez en la ampliación de los servicios a los afectados?

Bueno fuera que los responsables de estas políticas se pasaran una temporadita en los hospitales públicos. Mucho les ayudaría pasar por incógnitos y así sufrir las carencias de medicamentos; de reactivos para pruebas de laboratorio; la falta de camas en las áreas

de internamiento; y, por si fuera poco, importunar su aparato digestivo con las, a veces, insalubres dietas para enfermo. De esta manera quizá podrían darse cuenta de algunas de las necesidades reales de la población.

Las decisiones de escritorio resultan así, pués, inmorales, y por ello nuestro gobierno puede ser calificado de inmoral... más aún en el caso de que no modifique sustancialmente los contenidos de sus políticas sociales, sobre todo en algo tan delicado como la salud y especialmente en materia del problema nacional SIDA.

II. 10 TESIS SOBRE EL SIDA EN MEXICO[3]

1. Segun informes del *Boletin Mensual* (1-2) de la Secretaría de Salud, de los meses enero-febrero de 1988, en México hay casi mil doscientos casos de individuos que sufren el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida[4].

Casi 35% han muerto y de el 25% nada se sabe. De cada 15 afectados uno es mujer y de cada 100 el 70% fluctúa entre los 25 y los 44 años. Por preferencias sexuales, las practicas ligadas a la bisexualidad y homosexualidad suman el 81.3% del total, poco más del 10% se asocia a la infección vía transfusiones sanguíneas, alrededor de 6% a prácticas heterosexuales y más o menos 1% se vincula al contagio vía perinatal.

Asi las cosas, se justifica sumarse a la idea de que el SIDA es ya un problema de salud pública en México, más aún cuando se considera la modesta proyección de más de 30 000 casos para 1991.

Como asunto de salud pública, el SIDA no puede ser dejado —en lo general—, a la inercia del azar. Debe ser una prioridad inevitable. Debe abordársele con todo y las lamentables dificultades que enfrenta su existencia, dificultades que para un país de números tan rojos y de tan negro panorama, potencian la peligrosidad de ese mal: económicas, culturales, ecológicas, científico-técnicas y políticas.

En este sentido, se hace necesario hablar con mayor énfasis del SIDA en la óptica de esas dificultades. Cada una de ellas debe reci-

[3] Este artículo fue publicado, con ligeras modificaciones, en "La cultura en México", suplemento de la Revista *Siempre*, en el número 1345 de enero de 1988. Había sido entregado a mediados de diciembre de 1987.

[4] Las cifras que se dan corresponden a una fuente diferente a la que se cita en la publicación original. En esta se citaba el *Boletín Mensual de la Secretaría de Salud*, número 9.

bir su justo trato e investigárseles con el ánimo de encontrar estrategias de solución viables y niveles más profundos de entendimiento y comprensión del problema.

2. Si bien es cierto que en México, desde el gobierno se han *implantado* acciones orientadas a la lucha contra el SIDA, también lo es que adelantar balances triunfalistas de tales medidas parece prematuro; como apresurado se nos antoja montarse en cualquiera de los "trenes del escape y la alabanza", buscando con ello, en una diplomacia mal entendida, atemperar la responsabilidad histórica y moral ante la nación, de los gestores públicos frente al problema.

El avance de las políticas públicas con mayor razón en un plano tan delicado como es la salud, en correspondencia con la política social, debe incluir lo que esas políticas han proyectado-prometido, los compromisos ante la sociedad a la que van dirigidas; pero también deben de considerar aquello que se ha omitido, pudiéndose haber hecho.

Como las políticas públicas no ocurren en el vacío, su balance debe —a la vez— atender a los tiempos y alcances. Es decir , a los momentos de inicio y desarrollo, de impacto y eficiencia de las medidas adoptadas.

El SIDA no llegó a México en 1987. Es muy probable que varias decenas de miles de mexicanos se hayan contagiado ya desde antes y que en una buena parte esto hubiera podido evitarse si nuestro gobierno se hubiese dado a la tarea de informar a la sociedad de los peligros de tal enfermedad.

3. Sin lugar a dudas la grave crisis economica que vive el país es una de las más acres dificultades, quizá el obstáculo mayor, en la lucha en torno al SIDA. Sin embargo, de manera tentativa puede afirmarse que es posible todavia reorientar recursos para esta batalla. ¿De dónde? De las reservas financieras, de los gastos supérfluos en publicidad de las funciones y de los funcionarios de instituciones públicas, como son la banca nacional, PEMEX, la CFE, pero también disminuyendo la dilapidación de los dineros de la nación en las campañas del PRI y en la a veces inútil escenografía de congresos y convenciones —nacionales e internacionales— y de aparatos administrativos y burocráticos poco eficientes en la lucha contra el SIDA, en el marco del sector salud.

Por otra parte, las autoridades deberian tomarse más en serio su papel de mediadores y emplear esa capacidad no sólo en la búsqueda de cuantiosos —no menos legítimos que otros— recursos para la investigación epidemiológica sobre el SIDA en México y para ciertos aspectos de la prevención. Ellas también deberían tratar de

conseguir recursos para los tratamientos de los males oportunistas asociados al SIDA, incluso para el eficiente control clínico y de laboratorio de los seropositivos, con el fin de que la enfermedad no se desarrolle en ellos.

4. De contarse con los fondos a que se alude antes, podria satisfacerse, aunque fuera en parte, el llamado del secretario. Dr. Guillermo Soberon Acevedo, en el sentido de allegar recursos a la lucha contra el SIDA.

Empero hay recursos públicos en especie que también pueden acercarse. Me refiero al tiempo oficial de que dispone el gobierno en todos los medios electrónicos de información masiva (12.5%), mismo que en parte podría utilizarse en el desarrollo —por vez primera— de una campaña informativo—educativa en relación al SIDA, de manera que los planes no se queden en el cajón de un escritorio oficial como ocurrió en 1987, año en el que apenas si se actuó con tácticas contraproducentes de *shock* y "al cuarto para las doce". La cooperación de las Secretarías de Gobernación, Educación Pública, Programación y Presupuesto, Hacienda y, desde luego, de la SEDUE, debería ser inevitable en una tarea de este orden.

5. Una campaña informativo—educativa sobre el SIDA debe ser constante y segun el espíritu de lo estratégico, y no de lo táctico. Una campaña de ilustración debe tener como ejes, cuando menos, los siguientes tres propositos:

— *La información* a toda la población respecto de los medios y mecanismos de la infección.

— *Buscar la eliminación de esterotipos* y de falsas ideas del sentido común entre la población.

— *Educar para despertar una conciencia social positiva* del problema y para promover solidaridad social con el enfermo, con el infectado y con sus familiares.

De cumplirse con estos propositos, se estaría contribuyendo a despejar nebulosidades culturales. Cierto es que hay y habrá voces que se opongan a la propuesta masiva del uso del condón y a que se hable abiertamente de "sexo" y "sexualidad"; sin embargo, también es verdad que tales voces probablemente no son la mayoria en este país, como parece olvidársele a una buena parte incluso de las —criticas autorizadas— opiniones sobre el SIDA en nuestras latitudes.

En la medida que se profundiza la crisis económica y de " falta de liquidez", son mayores las dificultades para satisfacer los re-

querimientos de gasto público en medicamentos, reactivos y elementos de laboratorio, camas y atencion hospitalaria, pero tambien en investigaciones científicas, medicas y sociales serias. Por esto es necesario insistir en la necesidad de priorizar la "ilustración".

6. Pero este énfasis en la ilustración en las campañas informativo—educativas en torno al SIDA, no debe llevar a descuidar la atencion de las demandas legitimas de la población, en caso de afección, sea o no derechohabiente. En México hay una falla de origen gracias al factor desinformación, pero no únicamente. Las implicaciones sociales de la enfermedad reactualizan otros asuntos para la discusión pública.

En la orden del día del debate se deben incluir los derechos que nuestra Constitución garantiza y que el gobierno esta obligado legal, moral y políticamente a preservar y a promover, hasta con la fuerza legal. Se deben asegurar en los hechos el derecho a la salud, al trabajo y a una muerte digna, con todo y el SIDA y la crisis económica.

No se vale la discriminación del afectado por la infección, de parte de las aseguradoras, públicas o privadas. No se vale quedarse callado frente a los despidos de trabajadores, inclusive de algunas instancias del "sector público" y "social", a causa de su seropositividad o acaso enfermedad. No se vale el maltrato a los restos físicos del afectado y a sus familiares en las agencias funerarias que dependen de cualquiera de los niveles del sector salud.

7. Justamente el conjunto de estas situaciones obliga a enfocar la reflexión hacia un asunto poco discutido en nuestro país y que también atañe al SIDA como al modo de ser de las relaciones entre gobernantes y gobernados: a los servidores públicos se les escapa con frecuencia que la prestación de sus servicios es eso y no otra cosa, una prestación que puede ser cuestionada en cuanto que los gobernados pagamos impuestos directos e indirectos para que se nos ofrezcan en los mejores términos, en la oportunidad adecuada y acorde a nuestras expectativas. A los gobernados también con frecuencia se nos olvida que somos quienes hacemos posible nuestro incipiente y ya muy desmantelado "Estado social"... algo que es nuestro... en lo que tenemos derecho a determinar. El SIDA es así una gran oportunidad para que las representaciones sindicales más poderosas del país hagan valer el derecho de sus representados, en las instancias pertinentes.

Y a propósito de esta participación democrática en los asuntos de nuestra incumbencia, bien valdría la pena que los responsables del sector salud tradujeran en palabras comprensibles para el lector promedio, su decisión técnica de remisión de los enfermos de SIDA

a los pabellones de infectología. Una explicación así quizá permitiría poner a discusión el costo psicológico que tienen que pagar enfermos y familiares debido al "protocolo" de todo pabellón de infectología, que obliga a la incomunicación y muchas veces al aislamiento innecesario del enfermo respecto de su "medio ambiente vital".

Del mismo modo, probablemente, se abrirían pautas para discutir públicamente las carencias hospitalarias en materia de apoyo terapéutico y psicológico a los enfermos y a sus familiares, así como a los seropositivos. Igual podría discutirse la "estrategia pública de dejar morir en paz al paciente en su casa".

8. Los medios para enfrentar al SIDA rebasan al gobierno político-administrativo. La sociedad civil debe, con todo, actuar en la búsqueda de soluciones a los problemas que la aquejan. Pero aquellos miembros de la misma que actúen no deben incurrir en el pecado de la "utopía no realizable".

No parece viable, por ejemplo, la propuesta de fundar una casa hogar por parte de la Fundación Mexicana para La Lucha Contra el SIDA (FMPLCS) y sí sus ***intenciones de intervenir, por fin,*** efectivamente en las tareas de ilustración: de información a la sociedad, de promoción de grupos e individuos que mediante una mínima capacitación apoyen a los afectados, de apertura de centros de asistencia e inclusive de proposición de reformas y adiciones a la legislación vigente, etcétera.

Empero, no confundamos los términos de la crítica ni tergiversemos los propósitos de la misma. La creación romántica de falsas expectativas no es una terapia recomendable para una sociedad tan poco acostumbrada a la participación y al ejercicio y reclamo de sus derechos.

Lo cierto es que la idea de una o varias casas hogar que hoy publicitan algunos miembros de la FMPLCS es una idea suelta, aunque no deje de ser "bonita"; no ha sido discutida a fondo en su seno, con seriedad. Aun esta poco madurada. Entonces ¿por qué ofrecerla como un hecho próximo futuro?

Aparte de los altísimos costos de funcionamiento y de operación que argumentan suficientemente en contra de tal idea, algunos detalles como los siguientes, pueden resultar significativos: ¿A quién ingresar en tal casa y a quién no? Porque si los criterios serán los de "a enfermos desamparados" y "sin recursos", es muy probable que la insuficiencia de tal proyecto se revele desde ahora... parece inviable: tenemos un país de gran desempleo y subempleo, nada indica que ésto cambiará. Seguramente, en la medida que el tiempo pase, un gran promedio de los afectados serán "desamparados" y

"sin recursos"[5]. Menudo problema el de la cantidad y el de la admisión y sus criterios.

9. Frente a esta situación es muy probable que la FMPLCS pueda jugar un papel más reelevante en la ilustración de la sociedad mexicana y desde luego, en la crítica de las políticas de salud en materia de SIDA, y no constituirse en el paliativo ultrarraquítico de las obligaciones no cumplidas del gobierno.

El gobierno mexicano debe satisfacer las demandas de salud en materia de SIDA, como de otras enfermedades.

En sus tareas de complementación, que no de sustitución, de las políticas públicas, la FMPLCS debe mantener autonomía, distancia crítica y realismo. Hace falta mucho más que sacrificio, pasión y efusividad.

En un país de tan escasa experiencia ciudadana es muy grave el fracaso de la sociedad civil cuando se decide a organizarse y a intervenir en la solución de los problemas de todos.

10. En esta dirección es necesario insistir en la urgencia de que otras instancias de la sociedad civil también se fortalezcan en la lucha y para la lucha contra el SIDA: CALAMO, las Brigadas de Salud, GOHL de Guadalajara, GAHR, Grupo Cultural Gay, Colectivo Sol, Grupo Condón, son entre otras algunas de las organizaciones que están participando en esta batalla. No veo por qué no surjan otras organizaciones de su tipo o a la manera de las de la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA. Hacen falta. La lucha es de todos, el espacio es, debe ser, plural. No pertenece a nadie. El enemigo a vencer es de lo más difícil, se impone la pluralidad de esfuerzos y la conjunción de fuerzas[6].

III. DEBATE PUBLICO, DEMOCRACIA, SOCIEDAD CIVIL Y SIDA[7]

1. En un debate, por regla general se busca acudir a los argumentos no sólo a las emociones y convicciones, por muy bondadosas

[5] En algunas declaraciones de prensa, la Dra. Gloria Ornelas ha comentado que ahora sí ya existe paralelamente al SIDA—urbano, una especie de "ruralización" de la enfermedad. También el subsecretario Jaime Sepúlveda Amor ha manifestando que de ser una enfermedad muy cercana a "clases medias y pudientes" con posibilidades de viajar al extranjero, poco a poco ha ido presentándose una "popularización" de la misma. (Palabras más, palabras menos lo expresó en el programa "Contrapunto", de Televisa).

[6] Este artículo dió lugar a una respuesta de Braulio Peralta en el No. 1348 del suplemento de la Revista *Siempre*.

que éstas sean. Dar preferencia a estas últimas conlleva el riesgo de caer en el monólogo. de perderse irresponsablemente en la diatriba y el vituperio. La carencia de razones conduce al naufragio en el mar de las pasiones, al terreno de la sinrazón, a la lógica del "espejito-espejito" o de las autocomplacencias mutuas. No es éste el ámbito de la discusión que me interesa. Sin embargo, como he llamado a dialogar, conviene precisar algunos puntos en la búsqueda de explicaciones y aclaraciones, y sólo por consecuencia, de convencimientos.

2. Desde luego estoy a favor de que se construyan tantas casas hogar para enfermos de SIDA como se necesiten. Pero no me parece que ésto sea lo más importante en la lucha contra el SIDA en el México de hoy.

Aún sigue siendo más determinante en esa lucha proporcionar información a la población que en su mayoría no está infectada, para que no adquiera contácto con el VIH; también, informar educativamente, para erradicar mitos y disminuir estereotipos y para despertar la solidaridad social con los infectados y enfermos.

Como hasta la fecha nuestro gobierno sólo ha procurado una tarea de esa magnitud y alcances con insuficiencias, errores y ausencias, no puedo aplaudirle y sí de nueva cuenta demandarle responsabilidad política y moral, ante la sociedad de la que por cierto también soy parte.

Sabemos que el SIDA no es culpa del gobierno, como tampoco de la iniciativa privada, pero también tenemos noticias —estudios y la experiencia cotidiana así lo indican— que el país "en donde nos tocó vivir" es un terreno fértil para morirse de SIDA y no sólo de tal enfermedad: por otras causas mueren más de mil niños al día.

Entiéndase, tratamos de enfatizar uno de los ejes del problema nacional SIDA, para no repetir lamentables experiencias como fue la insuficiencia del plan DN-3 frente a otra catástrofe nacional, el sismo de 1985, del que todavía no acabamos de reponernos.

Del mismo modo que la sociedad y sus instituciones políticas deberían ampliar considerablemente su compromiso social, cada uno de los ciudadanos afectados o posibles de afectarse deberían sincerarse y tomar cartas en el asunto... la lucha contra el SIDA pasa pues, por la responsabilidad de todos y no sólo de los así llamados "grupos de riesgo". Todos quiere decir, en las condiciones de un país de alrededor de 80 millones de habitantes, por excelencia el es-

[7] Como complemento de las "10 tesis...", se publica esta nota en el número 1351, de "La cultura en México", suplemento de *Siempre*. Es también una respuesta de la crítica de Braulio Peralta.

pacio de la voluntad política y la organización plural de la sociedad civil.

3. De la jerarquización de tareas en la lucha contra el SIDA que propongo, no puede inferirse que esté en contra de la idea (que no proyecto) de una "casa-hogar", compartida por una fracción (minoritaria) en el interior de la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA, A.C.

Opino que esa es una idea suelta que aún no ha sido lo suficientemente discutida como para considerarla madura. Afirmo que subrepticiamente ha sido difundida como "lo central". Y me parece frágil la insuficiencia declarativa de las buenas intenciones al respecto, en un país de desprotegidos.

Suena a demagogia la idea simple de una casa-hogar: la promesa de un sitio para "desamparados y sin recursos", sin los matices del caso. ¿Qué significa casa-hogar? ¿Para cuánta gente? ¿Cómo se ingresará en ella? ¿Cuál será la estrategia de funcionamiento? ¿Cuál la de financiamiento? Informados sobre el funcionamiento de asilos de ancianos que dependen de subsidios y autofinanciamientos, de hospicios y de casas para minusválidos del mismo tipo, aseguran que es más difícil mantener estas instituciones que inaugurarlas. ¿Cuál es la estrategia de apoyos psicoterapeúticos? ¿Cuál la de la asesoría espiritual? ¿Cuál la médica? ¿Y la jurídico-civil y forense? ¿La de recreación y esparcimiento... la de productividad de quienes ahí viven? Etcétera.

A vuelo de pájaro estas son algunas de las preguntas a responder en el cuerpo de un proyecto concreto, que entienda a la casa-hogar como un lugar que es o que debería ser un sitio para bien morir: ***con dignidad.***

La dimensión dramática de los servicios que se proporcionan en una institución de este orden obliga a no dejar las cosas al azar, a tener claridad de lo que se quiere y de lo que se puede hacer. Esto evitaría "criticar" a posteriori y ahorraría aprender echando a perder: no vaya a ser que en lugar de casas-hogares algunos terminemos construyendo ***sidarios.***

Entiéndase: a la ausencia de explicaciones y de aclaraciones es a lo que llamo limitarse a "tener solo buenas intenciones". La Fundación no ha dicho nada al respecto, poco ha manifestado publicamente de sus problemas internos y de las dificultades que enfrenta para seguir adelante, para existir. No veo por qué no manifestar preocupaciones críticas y por qué autocondenarse siempre a la alabanza. El ángulo más difícil de esbozar en el proceso de autoconstitución orgánica de las sociedades civiles es el de la aceptación de la crítica y mucho más lo es el del ejercicio de la autocrítica. Quizás las cosas deberían ser de otro modo.

En una permanente situación de crisis economica y social, a todas luces es pertinente el establecimiento de fines que la mayoría de los miembros de la Fundación se han asignado: los de informar para evitar que la epidemia crezca, como pertinente es mi comentario crítico (...).

Afortunadamente cada vez somos más en México los que consideramos que nuestros impuestos deben utilizarse bien, y puesto que un alto porcentaje de lo que recibimos en salarios lo gastamos en impuestos directos e indirectos, reclamamos legítimamente que se nos den buenos servicios, oportunos y con eficacia. ¿Por qué no reclamar? ¿A cuenta de qué o de quién? Demandamos que se informe a todos de los problemas nacionales —con apego a la verdad— y de cómo se les pretende dar o no solución, porque estamos convencidos de que la información bien llevada es uno de los ejes articuladores de cualquier escenario democrático y a ello contribuimos criticando por escrito y con argumentos fundados. ¿Por qué no hacerlo? ¿A cuenta de qué o de quién?

4. El no haber informado amplia y oportunamente antes de 1987 de los riesgos relacionados con el SIDA, a toda la población, hace responsable moral e históricamente a nuestro gobierno: tan responsable como lo es de las tremendas condiciones de miseria social (...) de las mayorías y, en suma de las escasas oportunidades vitales para millones de jóvenes y niños mexicanos.

No cuesta trabajo para algunos decir que cada sociedad tiene el gobierno que se merece. Una frase así es tan superficial como el olvidar que la inmensa mayoría de los mexicanos hemos llegado a un *status quo* impuesto. La mayoría nacimos cuando las instituciones de este país ya estaban construidas, son una herencia de nuestros padres y de otros adultos. Hoy, con todo y los mecanismos de la integración social y de la socialización, la inconformidad toma más cuerpo que en otras épocas, hay esperanzas.

No hemos dicho, ni somos tan ingenuos para suponer que ello hará caer al gobierno. Hace falta mucha más fuerza. Así que asignar responsabilidades históricas —sin más— a la sociedad, por el barco en hundimiento que tenemos por país y que no acaba, ni terminará por si solo de irse a pique, requiere más que la ligereza de la *autoflagelación:* de la situación actual es responsable esencialmente, aunque no absolutamente, el conjunto de gobiernos institucionalizados con la revolución mexicana. Y para que no queden dudas: no se dice que todo lo que se ha hecho en torno al SIDA ha estado mal o que todo haya sido promovido desde la perspectiva de la corrupción. Se afirma que aún sabiéndose lo que se debe hacer, no se hace y cuando se hace, la mayoría de lo que se promueve no funciona por defectos administrativos o es insuficiente.

5. La cuestión del SIDA obliga a utilizar el lenguaje especializado si se quiere ir más allá de una "medicalización" de la enfermedad, nos guste o no. Las pretensiones de objetividad discursiva (de búsqueda de la verdad) se imponen y éstas se ligan a las de la moral (a las pretensiones que se orientan por la "corrección en el hacer social e individual").

En el esclarecimiento de un problema nacional como es el SIDA se utiliza en las argumentaciones y en los soliloquios términos como el de *sociedad civil* y a veces parece como si se estuviera ante el uso de palabras sagradas, de voces que denotan la santificación de algo o de alguién. No extraña tal uso, sabemos que hace falta más que una cultura periodística media para emplear con rigor conceptos que han sido acuñados en el terreno de la teoría social y política y hasta en cuerpos filosóficos.

Por lo tanto, se puede aceptar que se tengan imprecisiones conceptuales y la tendencia a dibujar los contenidos de la sociedad civil por "emociones y coyunturas personales". Sin embargo, con apego a un mínimo de seriedad, podría cuestionarse el reducirlos a este perfil.

Sociedad civil es también aquella, la que en un eco medieval hace unos meses estuvo presente en el Museo de Arte Moderno; es Televisa: son las Cámaras de Empresarios, la Unión Nacional de Padres de Familia, los Tecos, la ultraderecha y la ultraizquierda, los nuevos sujetos sociales, los periódicos críticos y los conservadores, los periodistas corruptos y los honestos, etcétera. De ahí que para mí no baste con la respuesta de "la sociedad civil" sin más. (...).

Ninguna sociedad civil se organiza y autorganiza en el vacío sociohistórico. No existe sin una sociedad política, sin un gobierno de referencia, sin éste no tendría sentido[8].

[8] Refiriéndose a otro asunto Antonio Gramsci, autor de la socorrida distinción entre sociedad civil y sociedad política, anota algo que es múy explicativo al respecto, en "Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el Estado Moderno", de Juan Pablos, 1975, p. 54: "Las posiciones del movimiento del libre cambio se basan sobre un error teórico cuyo origen práctico no es difícil de identificar, pues reside en la distinción entre sociedad política y sociedad civil, *que de distinción metódica* es transformada en orgánica y presentada como tal. Se afirma así que la actividad económica es propia de la sociedad civil y que el Estado debe intervenir en su reglamentación. *Pero en la realidad efectiva, sociedad civil y Estado se identifican*. (...)". En "Los intelectuales y la organización de la cultura". Juan Pablos, p. 17, dice Gramsci; "Por ahora se pueden fijar dos grandes planos estructurales, el que se puede llamar de la 'sociedad civil', que está formado por el conjunto de los organismos vulgarmente llamados 'privados' y el de la 'sociedad política' o Estado que corresponde a la función de 'hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad y la del dominio directo' o de comando que se expresa en el estado y el gobierno 'jurídi-

Es erróneo pretender que se puede avanzar en el saneamiento de un clima político viciado como el nuestro, sin incidir en el rumbo de un gobierno tan centralista, corrupto y *decisionalmente autoritativo* como el nuestro[9].

Aquí encaja mi convicción de que la democracia es una de las utopías realizables para México y en ese proyecto estamos comprometidos miles de individuos y muchas organizaciones del más diverso signo ideológico y haceres sociales.

Si el SIDA además de ser un problema de individuos y de la cosa médica, es un problema social, un asunto nacional, entonces veo necesario que se le discuta en el contexto de la cuestión nacional y aquí vale insistir en que frente a un mal que hasta ahora no ha encontrado remedios seguros y probados, ni médica ni socialmente, debería prevalecer —al menos en el medio intelectual, político, de investigación y universitario— una actitud crítica, abierta, de búsquedas responsables, de conductas solidariamente comprometidas con los individuos, pero también con el todo social: *es tiempo de aprender a discernir la relación entre nuestras acciones individuales y aquello que se logra con ellas, entre nuestras exigencias particulares y la vida general de la sociedad, entre nuestros proyectos diarios y las necesidades de la nación*[10].

IV. SIDA Y DEMOCRACIA[11].

1. Hablar del SIDA es tocar un tema que directa o indirectamente nos llega a todos, admitámoslo o no, del que cada uno hemos oído algo, pero no tanto para considerar —eufemista o abiertamente— que tal asunto está definitivamente asimilado y concluido.

A la inmensa mayoría de la población mexicana, sin embargo, aun no llega a conmoverle, sigue prevaleciendo la creencia generalizada de que "son los otros" "y no yo", "ni los mios", quienes se pueden enfermar o se afectarán. Y la verdad es que hasta en ciertos

co' *estas funciones son precisamente organizativas y conectivas*. Los subrayado son de FGD.

[9] Los editoriales de Luis Javier Garrido en *La Jornada*, sus articulos de *Nexos*, orientan con mucho esta opinión pero también los ensayos de Luis Cervantes Jáuregui, Revista A, DCSH, Vol. IV. Núm. 9, 1983 y algunos otros, como "Crítica del corporativismo mexicano", Mimeo. 1987

[10] En cursivas aparece una paráfrasis de un texto original de Max Hokheimer, que cito de memoria y cuya fuente se me escapa.

[11] Artículo publicado en *La Guillotina* N. 13, de marzo de 1988. Fué redactado en la primera semana de febrero de 1988.

sectores de la población, que deberían mostrar una preocupación más pronunciada, —en el seno de las presuntas minorías homosexuales— el tema SIDA empieza a ser molesto... ¿Por ignorancia? ¿Por temor o miedo personal? ¿Por evasión? ¿Por desaliento construído socialmente? ¿Por abulia? ¿Por una mera pose? No se sabe bien a bien, y la cuestión es que por ahora no es probable el establecimiento de juicios de hecho de tal actitud.

Cierto es que a varios años de la presencia del SIDA,— con todo y las innegables aunque insuficientes intervenciones del sector salud, a partir de 1987— la mala información y la desinformación siguen siendo el cordón umblilical de la expansión geométrica del SIDA entre nosotros (No hace mucho el Dr. Soberón aseguró que en la actualidad el número de casos ya enfermos se duplica cada ocho meses).

La evidencia delata una conjunción de factores que se indizan en la conformación de un cuadro nacional —no siempre tan visible— signado por una profunda pérdida de sentido, anomia y patologías psicológico-sociales.

A veces da la impresión de que para muchos mexicanos hace falta el clímax de las catástrofes para darse cuenta que existimos, de aquí que la lucha por la vida como otros combates pendientes, no encuentre un espacio en su agenda. Sólo participamos alienadamente, como objeto de poderes: respuestas como las ligadas al sismo de 1985 y una que otra en campo electoral (las manifestaciones populares a favor de la candidatura de Cuauhtémoc Cárdenas, v.gr.), son la excepción. Autodevaluados sobrevivimos sin llegar a asumir lo más vital de nuestro ser aquí, ahora y mañana...

En este complejo situacional el rol más significativo lo escenifica la presencia polimorfa, intervencionista y dual, del sistema político—administrativo y de sus políticas, que en mucho han avenido un cierto estilo del y lo mexicano, nos hemos acostumbrado y hemos sido adaptados a patrones de acción social que excluyen el factor participación.

Nuestro modo de ser preponderantemente se liga a formas de reproducción cultural, de integración social y de socialización de valores que no incluyen el sustantivo participación, "Lo normal" es que seamos objetos y no sujetos en el proceso de autoafirmación de nuestro yo y de la identidad social.

Pareceria como si estuviésemos atrapados en un laberinto sin salida, enredo que de todos modos tiene fugas, maraña que al fin y al cabo es objeto de búsquedas; en la solución y previsión del problema nacional —SIDA, hay embriones informales y orgánicos que están dando e intentando dar la pelea. Algunos conocidos en la tra-

dición del movimiento homosexual político y cultural— de los últimos años; los más desconocidos, pero tan importantes como los anteriores. Creemos que esta situación debería verse en sus justos términos, con mesura, tal y como es, sin inocentes exageraciones y sin petulantes desplantes.

2. Si bien podemos coincidir en que no es atinado responsabilizar siempre y absolutamente al gobierno de cuanto suceda en toda la sociedad, tampoco lo es pretender —en un país de más de dos millones de kilómetros cuadrados y sobre ocho decenas de millones de habitantes— reducir la solución de problemas que ya son sociales al quehacer único de los individuos o acaso de sus organizaciones.

Toda política con pretensiones de eficiencia —racional, social y moralmente responsable— debe contar con un principio de realidad o fracasa. Esta fórmula supone el establecimiento de prioridades en la acción y la previsión de costos y consecuencias.

En la lucha contra el SIDA se impone la necesidad de que la sociedad civil se organice pluralmente y con autonomía crítica respecto del quehacer gubernamental. Un proyecto así sólo puede ser puesto entre interrogantes por mentalidades totalitarias por déspotas ilustrados o ignorantes, o por burócratas con mentalidad de calculadora y tal vez para un país como el nuestro, en donde la sociedad civil tiene poca experiencia fructífera en su autoconformación, fuera importante atender a la historia pasada y al nebuloso terreno de la contemporaneidad, de manera que evitáramos inversiones de acción política poco rentable.

Enfrentar este mal, al SIDA, es una tarea que se han asignado y propuesto varias instancias de la sociedad civil ¿Cuál es la pretensión de sus alcances? ¿Cuáles son los medios? Las respuestas han sido múltiples, los resultados aún limitados. Sin duda esto es y será una labor preñada de invenciones y descubrimientos, de intuiciones productivas y de fantasías creativas. La utopía en el sentido maquiaveliano de los términos, se antoja como referente. pero todo ésto, por legítimo que fuera, no basta.

El SIDA nos da la posibilidad de intervenir desde la sociedad en el espacio de lo político. De intervenir haciendo uso de los recursos varios de la nación, que son nuestros... demandando la legitimidad del acceso a ellos y a la disposición de los mismos; de intervenir criticando las decisiones públicas en materia de salud —SIDA— enfermedad y no sólo aplaudiendo lo que hasta ahora ha resultado insuficiente y *también, nos da la oportunidad de intervenir colaborando con autonomía y distanciamiento crítico en la realización de lo mejor de tales políticas.*

Pero no nos engañemos y autoengañemos. Los medios para llevar a cabo eficaces políticas de educación sexual, de información preventiva y educativa en torno al SIDA y de aquella que contribuya a despertar la solidaridad social con el enfermo, no están en manos de la sociedad civil.

Es tarea de la sociedad civil, de esos embriones hoy minúsculos y débiles, aunque dignamente existentes, demandar el uso responsable de esos medios. Hasta ahora el gobierno nunca ha dado explicación pública de cómo utiliza el 12.5% del tiempo a que tiene derecho en las grandes redes de comunicación electrónica, sin costo alguno. La sociedad civil debe demandar explicaciones e intervenir, vía la representación, en la planeación y fiscalización del uso de esos medios.

3. Cuando apuntamos la expresión, uso responsable de los medios de información a la sociedad por parte del gobierno y extensivamente, por parte de la iniciativa privada, acudimos al pasado reciente: de ninguna manera puede hablarse hoy (sobre todo antes de marzo de 1988) de una verdadera campana antiSIDA, promovida por el sector salud y sí de intervenciones cuyo eje articulador han sido eventos públicos y científicos que mayor beneficio han traído a la imagen de los servidores públicos que a la sociedad.

No se necesita de grandes y sesudas investigaciones para darse cuenta de que la mayor intensidad en anuncios televisivos y radiofónicos relacionados con el SIDA, hasta antes del primer trimestre del presente año, se han presentado en los días previos a las modificaciones a la Ley General de Salud, al evento científico del Centro Médico, de la transmisión por satélite de la Conferencia Panamericana sobre el SIDA (de Quito Ecuador) y en torno al primer Congreso Nacional de Cocoyoc (Todo en 1987).

Lo paradójico de esta difusión de eventos, que no de prevención e información educativa y promotora de solidaridad con aquellos que *viven con SIDA* o mueren por esta causa, es que además de sólo ser útiles —en lo fundamental— para la promoción de la imagen de los servidores públicos implicados, se haya dado a muy altas horas de la noche (después de las 23 horas), cuando el grueso de los auditorios duermen, cuando la audiencia probable es menor.

El sector salud sabe que las cosas han sido así y reconoce errores y ausencias. Al menos en entrevistas y pláticas privadas (cfr. entrevista con Gloria Ornelas del CNI-CONASIDA, en este libro), por ello se propone, ahora si, impulsar una campaña en serio. Solo que la estrategia presenta *a priori* algunos problemas.

Se asegura que "el clero ya aceptó el uso masivo de la palabra condón", pero siempre y cuando no suponga a la "planificación

familiar''. Se dice que el centro es el combate simple al virus y se antepone ''para fines de publicidad'', la ideología de la monogamia, la ''fidelidad a la pareja'' y, desde luego, ¿pero cómo no? la satanización de la promiscuidad.

Vale defender que un enfoque así se contradice por lo menos repecto a otros discursos sobre la sexualidad que habian llegado a adquirir carta de oficialidad en tiempos recientes.

4. Hemos defendido y promovido la necesidad de que masivamente se enseña a la población con vida sexual las virtudes y defectos del uso y del abuso del condón. Aunque sin la fuerza suficiente. La Secretaría de Salud, también lo ha hecho y al lado de ésto hemos insistido en el derecho inalienable que tenemos cada ciudadano a optar por las prácticas sexuales que más se acomoden a nuestras preferencias.

La Secretaría de Salud, oficialmente, en el último año llamo la atención en este derecho y hoy, sin medir las consecuencias, con el pretexto de la lucha contra el SIDA y las ''presiones de la derecha'', da marcha atrás de facto —no en lo declarativo— y se olvida de lo antes dicho: pretende reducir el universo sexual comunicativo de los individuos al marco de la pareja.

Más allá de que estemos o no de acuerdo con este enfoque de la organización individual y social, de las prácticas sexuales y de los efectos, nos parece que el nuevo Subcomité de Asuntos Legales del CONASIDA, debería promover, igual como se hizo con las modificaciones a la Ley General de Salud, una amplia discusion en la que se argumenten los pros y los contras del reconocimiento jurídico de las relaciones de pareja homosexual (masculinos y femeninos). De no hacerlo muy probablemente seríamos testigos —una vez más— de retorica sobre la '' fidelidad a la pareja'' o de ''oportunismo político''.

Por otra parte, tampoco es cierto que la promiscuidad —un derecho irrenunciable de todo ciudadano informado y responsable— sea la ''causa del SIDA'', *promiscuidad* responsable, es decir, con condón que tenga lugar mediante sexo seguro, es diferente de promiscuidad sin más.

En esta discusión la sociedad civil debe intervenir activamente[12].

[12] Un flanco de intervención se está gestando para presentarse a la discusión pública en el ''Primer Coloquio Nacional Sobre el SIDA y el DERECHO en México'', que en el marco del proyecto de servicio social ''Las transformaciones de la identidad del SIDA en la UAM-A''. Ahí se discutirán problemas relacionados con la enfermedad y seropositividad en relación a cuestiones laborales, penales, civiles y de la familia, del patrimonio, de los derechos humanos, etcétera.

No se trataria de polemizar tan solo respecto de la necesidad de legislar, habria que ir incluso hasta el punto de la ambivalencia de las normas jurídicas; por un lado son el resultado de demandas legítimas y por otro abren la puerta al intervencionismo estatal y a los controles de los más íntimos espacios de la vida privada. En todo caso, lo que importa es el debate para la clarificación de los problemas.

Pongámonos de acuerdo. Vivimos en un país en donde la Constitución de 1917 garantiza derechos que son generales, para todos; juridicamente no deberia haber "ciudadanos de segunda clase" ¿Por qué se reconoce el derecho a la preferencia sexual y se evade el derecho al matrimonio de dos individuos del mismo sexo, con todas las implicaciones legales que resultasen?[13] ¿Por qué, por otra parte, si se reconoce que la prostitución existe y se ejerce y, si acorde con este reconocimiento se promueve el uso del condón entre prostitutas y prostitutos... por qué se sataniza a la promiscuidad?.

5. Un sentido de la sexualidad, de la practica sexual humana es la reproducción de la especie. Pero este es sólo uno de sus sentidos y no el único, ni el preferente por necesidad. De no existir otros elementos como el del erotismo, no habría mucha diferencia con la sexualidad animal.

La sexualidad humana, no es preponderantemente instintiva. Como práctica viva es algo que se construye y se reconstruye, mediada por una inagotable red de motivaciones del más diverso orden: estéticas, socioculturales, psicológicas, intelectuales—fisicas (del tacto, gustativas, olfativas, auditivas, etcetéra). Esto es lo que interviene para definir el acto sublime de irse a la cama con alguien.

Las modalidades de la sexualidad son entonces multiples ¿Por qué ponerles diques? Monogamia y promiscuidad son opciones que dependen de la voluntad y las preferencias que condicionan las visiones del mundo y de la vida de cada uno. El conservadurismo tiene derecho a negarse a las virtudes de la democracia, pero no a imponer modelos conductuales hasta recurriendo a la violencia. Entiéndase, desde la crítica no se está en contra de la monogamia. Se afirma que ésta es una opción que perfectamente puede convivir con la promiscuidad y otras formas del hacer social y sexual.

[13] De entrada no estamos *casados* con la institución jurídica "matrimonio", utilizamos este termino por comodidad. bien podría mantenerse y agregar a la legislación vigente otra con diverso nombre. Como comenta Arturo Dávila o quizá reformular la figura de "unión libre", como opinan con contenidos diversos Max Mejía y Luis González de Alba. A final de cuentas lo que es más significativo, con todas las implicaciones en términos de *derechos* y obligaciones que resultan de una condición jurídica.

La pragmática de la cotidianeidad da un mentís a los oscurantistas propósitos del totalitarismo monogámico; de todos modos vivimos en una sociedad sexista y sexoide. Por ello, una opción sería luchar por erotizarla. Por dar pie a la ampliación de los afectos de todos y al desarrollo de nuestras capacidades humanas. Aquí, el sexo, la sexualidad plena, son pilares irrenunciables.

6. Una campaña frente al SIDA que insista en la monogamia como una forma exclusiva de la integración social de los individuos, que condene sin más a la promiscuidad y que inocentemente suponga que "la fidelidad a la pareja" es la panacea contra el mal, sería una especie de bumerang contra la democracia; es decir, contra el derecho a optar por la modalidad y tipo de relaciones sexuales que más se acomoden a las preferencias de cada uno.

V. DE LA MODERNIDAD INCONCLUSA Y EL SIDA EN MEXICO[14]

1. En marzo, por un momento en lo que toca a la sexualidad se nos hizo creer que ahora sí nos instalarían en la modernidad. Repentinamente entró a escena uno de los grandes actores políticos de nuestros días, el Dr. Guillermo Soberón. Casi al unísono, periódicos nacionales y supongo que también regionales, publicaron a plana entera un desplegado en el que se exaltan las virtudes del condón como medio eficaz para prevenir el contagio del VIH, el virus del SIDA.

La televisión, IMEVISION Y TELEVISA, informaron de un convenio entre la ANDA y la Secretaría de Salud para elaborar y difundir uno o varios *videoclips* (con Lucia Mendez y Juan Gabriel, entre otros. Luego se mencionó también a Guadalupe Pineda y Emmanuel) con los mismos propósitos. La corporativa Asociación Nacional de Padres de familia, tambien hizó lo suyo; publicó un fin de semana un desplegado a plana entera apoyando la campaña del condón y criticando con razón las posturas de los fundamentalistas conservadores.

Algo que la opinión pública aún no sabe es por qué se detuvo la campaña. Las autoridades hasta ahora no han dado las razones que

[14] Lo que sigue son unas notas que escribí para leer en un frustrado debate con el dirigente de PROVIDA, Jorge Serrano Limón, que iba a tener lugar el 31 de mayo de 1988 en el auditorio principal de la UAM-A.

impidieron que el 16 de mayo se potenciara el esfuerzo informador de combate al SIDA a través de las televisoras nacionales. Por esto de nuevo se incurre en el error.

Aunque paternalista y administrativista, la campana del condón, paradójicamente, obliga a su defensa. Lo impone un valor anterior a la presencia de cualquier principio democrático: la preservación de vidas humanas. Pero ésto obliga, a la vez, a la crítica.

En el problema del SIDA nuestro gobierno llegó tarde. No sólo por causas atribuíbles a la coyuntura, o por situaciones fortuitas, sino básicamente por motivos que se remiten en sus matices fundamentales al tipo de democracia que padecemos. Lo que pudo haber sido un problema social menor, se está convirtiendo cada vez más, con mayor celeridad, en un grave problema nacional: antes de 1991 se dice que tendremos alrededor de 30,000 casos de enfermos constatables.

Hizo falta *ilustración* y la verdad es que ahora, cuando aparentemente se buscaba subsanar su ausencia previa casi total, sin explicaciones racionalmente convincentes, se da marcha atrás al no continuar con la campaña del condón.

2. Toda política conlleva riesgos, dice el dicho popular "el que no quiera ver moros que no salga de noche" ¿Podría alguien decirnos hasta donde llega realmente la capacidad de gobernar del actual grupo político? ¿Acaso la "derecha" es tan fuerte o más que el interés de la nación?.

En situaciones como la del SIDA es cuando aparece la necesidad de contar en el país con un gobierno honesto, oportuno en el cumplimiento de sus responsabilidades con la ciudadanía y más en materias tan dramáticas como es la de la salud, un gobierno capaz incluso de autodefender sus actos de gobierno, con todos los medios legales y legítimos: hasta ahora ha habido tibieza, quizá sea por el carácter administrativista de la decisión relacionada con la promoción del uso del condón ¿Quién lo sabe? En todo caso, lo cierto es que los sectores más oscurantistas e irracionales de las derechas mexicanas, fundamentalistas o modernizantes, tendrían que entender que la democracia es un posibilidad histórica en la que podemos convivir en la diferencia.

El punto que nos hace coexistir es la premisa jurídica y político—cultural de optar por tal o cual forma de vida en los marcos de la Constitución General de la República.

Lo que nos llevaría a enfrentarnos es el olvido de este referente histórico, la intolerancia en el hacer social; no demos paso a la barbarie.

Las propuestas de estancamiento y regresión civil, como de me-

dievalización de la cotidianeidad son sólo eso; proposiciones. No tienen porque ser obligaciones para todos. Las interpretaciones teologizantes y de ellas las más conservadoras —como las invocaciones inmanentes a Torquemada por los dirigentes de PROVIDA— y las respetables, aunque absurdas consideraciones de varios representantes de la iglesia católica, deben atender con más cuidado a la experiencia viva, no olvidar que a las puertas del siglo XXI la convivencia social, la vida en sociedad, demanda principalmente la presencia de la racionalidad constitutiva y constituyente del derecho moderno, para la buena vida.

Ni el PAN, ni la ANCIFEM, ni la Unión Nacional de padres de familia, ni el Movimiento Conciencia Católica ofrecen soluciones viables. Dejan de lado que en lo que se regresa " a los valores morales que nos son propios", los hombres de carne y hueso mueren sin sentido. No hay familias sanas, tan caras a ellos, sin una sexualidad sana y ésta no se inventa; se aprehende más allá del núcleo familiar, ontogenética y filogenéticamente.

Asi como la sociedad mexicana precisa de información a través de un hipotético debate entre los legisladores y el ejecutivo de la salud, también requiere de *comunicación dialógica* acerca de la sexualidad desde la base; solo esto daría pie a que no se opte por la infidelidad, el adulterio, el así llamado libertinaje sexual y que no tuviera lugar la tan llevada y traída desintegración familiar que tanto les preocupa a las distintas beaterías. La coerción no basta para darle otro sesgo a estas cosas.

En la Edad media, con todo y que las totalidades sociales se reducían a lo absoluto al peso institucional de una iglesia dogmática y poderosa, con todo y eso, existía aquello que hoy tanto les preocupa a los "católicos militantes en la política del país": una muy intensa y plural vida sexual.

Las opciones fundadas en la *providencia* y en cualquiera de las *lógicas de la salvación* equivaldrían hoy, de llegar a ser principios de la regulación social, a una lamentable involución, e incluso a la negación paradójica de las razones más íntimas del pensamiento conservador; la pretendida defensa de la integridad humana, de la persona. El SIDA mata, el condón preserva la existencia.

3. La defensa de un acto de gobierno —hay que decirlo— que atiende a los intereses de la nación, no debe hacer que se nos escapen los bemoles de sus notas características: se da en el seno fetichista de la "democracia a la mexicana". En un país donde regularmente no se participa, ni individual ni colectivamente, como ciudadano en los actos de gobierno. De ahí que cuando los que nos gobiernan hacen algo para proteger nuestros intereses, no debe-

ríamos olvidarnos de aquello que no hicieron o de lo que hicieron mal o a medias, de modo que se diera paso, mediante la polémica pública, a que cumplieran más oportunamente con sus obligaciones como gobernantes.

La medida del condón era, es y probablemente será necesaria por mucho tiempo. Pero ésta como otras *decisiones administrativas* DEBEN SER OBJETO DE UNA AMPLIA DISCUSION CIUDADANA con el propósito de avanzar hacia políticas de mayor alcance.

La bondad de una decisión no debe dar pie a la ceguera acrítica o a la unidimensionalidad crítico-apologética. Por ejemplo, no veo por qué no insistir en la trascendencia negativa, de que se haya tomado tardíamente la decisión administrativa de *ilustrar a la sociedad* en el uso del condón.

De haberse dado preferencia a la atención de las causas de la enfermedad, a las relacionadas con la transmisión sexual, seguramente tendríamos mucho menos enfermos y *portadores* ¿por qué se dió prioridad al asunto de las modificaciones de la ley General de Salud relacionadas con las transfusiones sanguíneas?.

Quizás la respuesta sea cosa de la historia, pero ésto no elimina la tentación de la hipótesis. Los resultados estan a la vista: poco más del 90% de los enfermos comprobados y un altísimo porcentaje según el Dr. Soberón, de más de 100 000 casos de infectados ("portadores no enfermos") encontraron los orígenes de su mal en contactos no educados.

Esta evidencia indica que la estrategia inicial del combate al SIDA por parte del gobierno, estaba equivocada. Las explicaciones de ese error seguramente son múltiples, como las justificaciones. Una de ellas puede remitirse a la necesidad de ciertos segmentos de las clases políticas, de administrar la cosa pública con base al secreto de grupo y en la linea de su autopromoción como estrato dirigente... de la permanencia en el poder.

Recuérdese, en apoyo a nuestra suposición, que es hacia fines de 1986 cuando el SIDA reaparece en el espacio de lo público nacional. Coincide con el tema de la "sucesión presidencial". Esta circunstancia y no el "interés de la nación", es lo que determinó probablemente los perfiles de la estrategia original.

Abierta o subrepticiamente, los en ese momento más viables candidatos a suceder a MMH, trataron de evitar la exacerbación del conflicto público, fuera con los exponentes más combativos e influyentes de la derecha o con los propios, todo en aras de no profundizar las rutas de la deslegitimación del proyecto político en funciones, y aún más que ésto, de lograr el nombramiento del "gran

dador'' con el máximo de ''consenso'' posible. Una vez establecido el ''sucesor'', el clima político de la lid electoral y la presencia cierta de una derecha ligada a un electorado crecientemente inconforme, volvió y vuelve a determinar la toma de decisiones en materia de SIDA.

Por *razones de Estado* se impuso y se sigue imponiendo el tradicional apotegma del quehacer gubernamental mexicano: **No hagan olas** y probablemente sin haber llegado a una concertación intersectorial, pero sí con la anuencia del presidente, se actuó como uno solo: se trataba de evitar la ampliación de los márgenes de la inconformidad social y con ello su extensión. Después de todo, los temas relacionados con la sexualidad, al igual que con otras prácticas sociales, son un catalizador muy activo de la sociedad en sus asuntos.

Por todo ésto, también es seductora la hipótesis de que los rasgos centrales de la política gubernamental de combate al SIDA, no enfocados hacia la Ilustración de la sociedad (asi como el reciente *stop* a los medios que si enfilan en esa dirección), fueron conformados básicamente en la *Secretaría de Gobernación,* con el eventual apoyo de otras instancias como Educación Pública, Hacienda, Programación y Presupuesto.

De cualquier forma, una explicación tentativa de este tipo no resta responsabilidad de lo que hoy existe, en materia de SIDA, a las autoridades de salud, sobre todo en la deficiente atención a enfermos y en el cuestionable seguimiento de ''seropositivos'' en los tres ramales hospitalarios del sector salud. Además, ésto también permite otear cómo un asunto de interés nacional fue reducido en su proceso decisional a la discusión en el interior de las esferas del poder ejecutivo, en detrimento de la sociedad.

4. En el desarrollo de formas de convivencia más racionales es imprescindible que nuestros gobernantes hagan públicas, oportunamente, las razones que fundan sus decisiones. PARA EVITAR ESPECULACIONES Y SUSPICACIAS JUSTIFICADAS COMO LAS NUESTRAS, ante la ausencia de razones. Incluso, deben tener presente que en una sociedad tan compleja como la nuestra, la diferencia concertada —vía la discusión pública— en el encuentro de los distintos sectores del ejecutivo federal, es un asunto que atañe a todos los mexicanos y no sólo al futuro político de quienes gobiernan.

5. Ahora es necesario no dar marcha atrás. Darle continuidad a la política de promoción del condón y enfrentar las viscisitudes políticas que surjan con las armas de la razón, con la discusión pública, democráticamente.

Bueno fuera también, que las nobles intenciones no se limitaran

a esta campaña y que llegaran a preocupar seriamente a nuestros legisladores, y no sólo al ejecutivo y la sociedad civil.

Es hora de ir más allá de los simples, aunque necesarios paliativos. El país precisa de políticas de fondo.

Se impone la ilustración y ésto quiere decir: en primer lugar, que tengan efecto, que en realidad se hagan las campañas contra el SIDA, en el marco de políticas de educación sexual dirigidas a todos, pragmáticamente orientadas y realistas, acordes con los tiempos nuevos, que operen desde la base de las instituciones educativas nacionales. Entiéndase, que no se limiten a los actos oficiales, que se tenga en la mira a la sociedad y no a los superiores en las jerarquías burocráticas y tecnocráticas. En segundo lugar, es preciso llamarle a las cosas y a las relaciones por su nombre: promover el uso del condón para prevenir la infección y las reinfecciones por VIH. En tercer lugar, educar a la población para un uso correcto del condón, por lo que se impone una reforma de los criterios en la transmisión de mensajes relacionado con este y otros asuntos, en los medios de comunicación masiva. En cuarto lugar, proponer que la promiscuidad es un derecho con riesgos cuando se practica desinformada e irresponsablemente. En quinto lugar, considerar una intensa campaña de solidaridad social con los afectados y sus familiares, que entre otras prerrogativas de pie a que les proporcionen adecuados y suficientes servicios a través de la medicina pública, las funerarias adscritas al sector salud e inclusos se amplien las prestaciones relativas a seguros de enfermedad y por muerte.

Del mismo modo, y por último, se precisan modificaciones en las legislaciones federal y de los estados de la federación, que eviten la existencia —como en la actualidad— de ciudadanos de segunda clase por razones que remiten a sus preferencias sexuales, pero también se precisa una campaña enfocada a la reducción y hasta eliminación de mitos, discriminaciones, persecuciones y atentados contra quienes de por sí ya sufren a consecuencia de la enfermedad.

Millones de vidas están en juego y otras tantas tranquilidades afectivas se encuentran entre signos de interrogación, por un futuro incierto y un presente indigno y no menos sinuoso. Seropositivos y hasta cierto punto enfermos de SIDA pueden llegar a vivir más de lo esperado en las actuales condiciones. Pero cualquier vida tiende a agotarse frente a la incomprensión. La sociedad, el gobierno, todos podemos hacer mucho o poco, pero hacerlo bien.

Ninguna *modernidad genuina* es concebible sin la solución a estos problemas, aunque no se reduzca a ellos. Las soluciones al SIDA que hemos padecido y apenas empezamos a gozar, son —por cierto— parte constitutiva de la premodernidad nacional, patrimo-

nialista[15], o si se que quiere, para evitar diferencias de conceptualización: son elementos afirmativos de una modernidad política inconclusa. En todo caso, lo son de un país que no tiene por que seguir existiendo como hasta ahora y mucho menos que no tiene porque regresar al pasado.

junio de 1988

[15] La idea de *patrimonialismo* se orienta en Max Weber. Gina Zabludovsky Kuper ha elaborado una muy interesante tesis de maestria sobre el tema ("La dominación patrimonial en la obra de Max Weber", FCP y S, 1985) en donde apunta algunas opiniones que resultan útiles para explicar nuestro calificativo: "En lo que respecta a la sociedad mexicana actual algunos autores destacan entre las actitudes patrimonialistas del régimen, la concentración en el poder ejecutivo y el consecuente presidencialismo; la falta de una verdadera autonomía regional y estatal para la resolución de los conflictos, la cooptación político-burocrática; y específicamente el problema de la corrupción".

Nosotros consideramos que efectivamente, el Estado Mexicano tiene ciertas caracteristicas patrimoniales que imposibilitan la planificación necesaria para el desempeño eficiente de las tareas administrativas. Como diría Weber,"el cargo y el ejercicio del poder público están al servicio de la persona del príncipe, por una parte, y del funcionario agraciado por el cargo, por la otra, pero no al servicio de tareas *objetivas*" (M. Weber, Economía y Sociedad, FCE, 1964 p. 776). De ahi que cuando se remueve el príncipe (sexenalmente) o cuando un funcionario deja de ser "agraciado"; cambian los servidores públicos y con ellos,todo tipo de proyectos; impedimientos para el logro de la calculabilidad indispensable para formar una burocracia racional (p. 183—184).

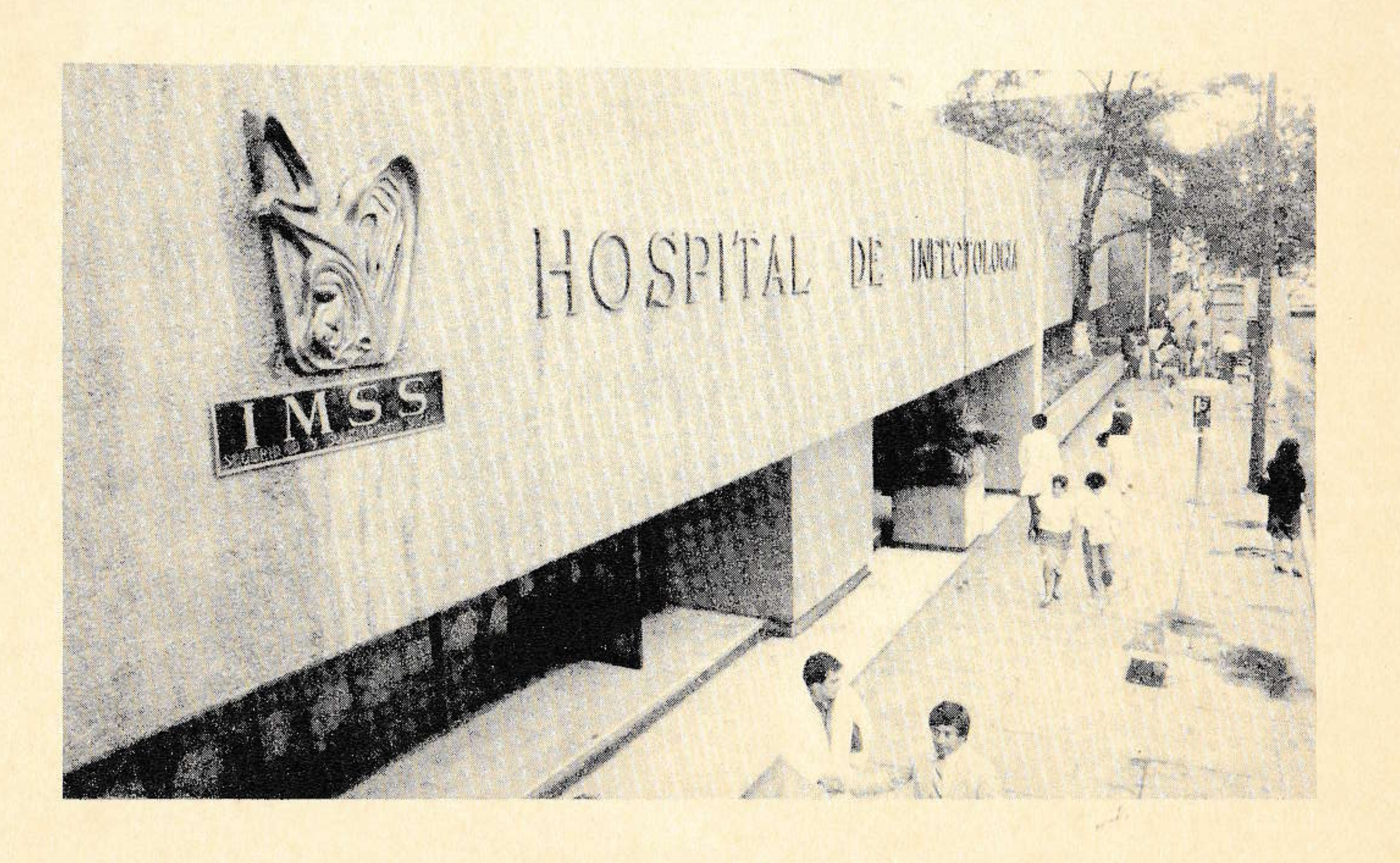

IMSS
HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

Foto de Carmen Wright

PACIENTES Y MEDICOS
Entrevistas

rubén álvarez.

I

En el límite de su capacidad, las instituciones del sector salud afrontan el problema del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con carencia de recursos, falta de camas de hospital y, sobre todo, la ignorancia que respecto a la enfermedad persiste entre médicos, enfermeras y paramédicos, funcionarios de diferentes dependencias y directivos de empresas como Mexicana de Aviación, que se han dado a la tarea de despedir a los trabajadores infectados por el virus, aunque no presenten los síntomas característicos del padecimiento y no representen ningún peligro para sus compañeros de labores.

La desinformación, o la información incompleta, ha permitido que el SIDA sea tratado más como un problema moral que deviene político, con declaraciones de grupos como Pro—Vida y la Unión Nacional de Padres de Familia, así como del Episcopado Mexicano, que como lo que realmente es, una enfermedad que hasta la fecha es incurable y cuyos mecanismos de transmisión están perfectamente identificados: contagio sexual de hombre a hombre, mujer a hombre y hombre a mujer, o mediante transfusiónes de sangre o el uso de jeringas contaminadas.

Pero la situación de la enfermedad en México, país que ocupa el cuarto lugar en número de casos en el continente americano, ha sido dada a conocer básicamente por las autoridades de salud y por el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA) —organismo en el que participan representantes de todas las instituciones de salud. Pemex, la armada y el ejercito mexicanos— y la UNAM.

En contraste se conoce poco el punto de vista de las personas que padecen la enfermedad y las consecuencias sociales que implican vivir con SIDA.

La Jornada platicó con cinco personas afectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) —uno asintomático y cinco que ya han sufrido propiamente la enfermedad—, y con tres de los médicos que los atienden. Los pacientes, que son tratados en el Hospital de Infectología del Centro Médico La Raza del IMSS, prefirieron aparecer con otros nombres y los doctores pidieron que se mantuvieran en reserva los suyos.

En esta y las siguientes entregas presentaremos textuales, aunque resumidas, las opiniones de los entrevistados.

Alejandro: "Mi enfermedad empezó hace cuatro años y afortunadamente ahora estoy controlado médicamente. Definitivamente atravieso por un problema laboral, en Mexicana de Aviación, donde estoy prestando mis servicios, cuando se enteraron de mi caso empezaron todos los trámites para liquidarme. He visto que el médico de la empresa se ha puesto de acuerdo con los doctores de la jefatura de Medicina del Trabajo del IMSS, para dar suficientes argumentos y lograr que se me eche más rápido.

El médico que me está tratando desde hace un año en Infectología me tiene totalmente controlado y me ubica como una persona completamenta apta para desarrollar mis labores. Además, en el Instituto Nacional de la Nutrición me hicieron otros estudios y el certificado que me entregaron concuerda con el de mi médico, es decir, se me considera apto para realizar mis labores sin que ello afecte a mis compañeros de trabajo. Aún más, doctores particulares a los que he acudido han ratificado que puedo seguir trabajando y los únicos que se oponen a que yo lo haga son los médicos de la empresa y los de Medicina del Trabajo.

Cuando yo llegué a Medicina del Trabajo, lo primero que se me dijo es que me tenían que dar mi certificado de invalidez. Yo protesté, alegando que ellos no sabían lo que tenia ni me habían hecho estudios. Mi asunto se detuvo porque yo presenté el certificado de mi médico de Infectología, que también es una dependencia del IMSS. Los de Medicina del Trabajo, al ver el certificado que presenté, me dijeron perfecto vamos a hacer un estudio, pero sólo me hicieron una radiografía del tórax y una exploración dermatológica, eso fue todo. No hubo en ese momento exámenes de sangre.

Por ahí mismo salio un doctor, al que creo que le caí bien, y me dijo: Alejandro, tus estudios ni los vieron ni les hicieron caso, se los *sacaron de la manga*, y tú certificado de invalidez está elaborado desde antes que tú vinieras aquí.

En el diagnóstico de invalidez laboral que me dió la empresa pusieron que no soy apto síquicamente para desempeñar mi trabajo, pero esos señores no me hicieron nunca un exámen síquico y no

sé en qué se están basando para decir eso. Se trata de gente muy cerrada. Inclusive, Jesús Jiménez Silva, director de Recursos Humanos de la compañía, cuando nos presentamos en su oficina lo primero que hace es meterse las manos en las bolsas para no saludarnos de mano. Esto es el colmo y más porque se trata del dirigente de una empresa.

Estoy totalmente descontento, por que considero que estoy apto para seguir trabajando como lo dicen tres instituciones médicas. Los argumentos válidos para Mexicana de Aviación fueron los de los propios médicos de la empresa y los de Medicina del Trabajo, con los que están coludidos.

Sí tuve presiones de la empresa. Me estuvieron mandando telegramas para que me presentara . Claro que por contrato colectivo la compañia puede solicitar evaluaciones médicas de su personal, pero no nos puede estar sacando sangre cada vez que se le ocurra. A mi me engañaron y me sacaron sangre diciendo que iba a ser para otros estudios, no para la prueba comprobatoria de SIDA. Inclusive, me hicieron firmar una hoja, que está en poder de la empresa, donde se especifican los estudios que se iban hacer con esa sangre una biometría y dos cosas más, pero nunca se aclaraba lo de la prueba confirmatoria del virus del SIDA. Sin embargo, la hicieron. Me tomaron dos muestras de sangre. La segunda la obtuvieron deciéndome que la persona que transformaba la primera muestra al laboratorio rompió el tubo de ensayo y la sangre se había perdido, y yo de ingenuo me dejé engañar.

Ciertos médicos de Mexicana de Aviación me estaban tratando de lavar el cerebro, y me presionaban para que les diera los nombres de mis compañeros que están enfermos para hacerles sus exámenes y apurar su liquidación.

Con este problema están haciendo una descriminación tremenda. Considero que es totalmente inhumano lo que están haciendo los directores de la empresa, que no escuchan nuestros puntos de vista. Esta descriminación es atentatoria de nuestros derechos humanos, pues nos están quitando nuestra fuente de trabajo.

Por desgracia, los medicamentos que necesitamos no nos los proporciona el IMSS o cualquier otra dependencia gubernamental de salud. Muchos de nosotros estamos en tratamiento por fuerza, y esos fármacos cuestan mucho dinero, más de un millón de pesos al mes, quizá hasta dos millones, y de dónde vamos a sacar ese dinero si, encima de todo, nos despiden de nuestros empleos. Estamos hablando de que tenemos en nuestras manos la cura, o casi, y nos la están quitando al impedirnos conservar nuestra fuente de trabajo.

Si los médicos de Mexicana de Aviación están alegando que las

personas que padecemos este virus nos afecta volar por los cambios de temperatura, entonces pedimos a la empresa que no nos deje sin trabajo, pues hay muchas cosas que podemos realizar en tierra y así percibir un salario para pagar nuestra cura y tratamiento. No corren ningún peligro las personas que están trabajando con nosotros, a menos que se contagien por formas que ya sabemos de antemano cuáles son".

II

El Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional La Raza, donde se atiende a los asegurados que padecen SIDA, se encuentra saturado. Sus camas son insuficientes, los pacientes aumentan día con día y por órdenes superiores las personas afectadas por esta enfermedad no pueden recibir ningún servicio en otras áreas, no se proporcionan a los enfermos los medicamentos que podrían prolongar su vida y el gasto mensual que tienen que hacer para obtener uno de esos fármacos, la *azidotimidina* (AZT), asciende a dos millones de pesos, en promedio.

Una de las personas afectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que platicó con *La Jornada* y se identificó con el nombre de Francisco, explica así su situación, que es similar a la de la mayoría de enfermos que son atendidos en ese nosocomio.

"Mi problema comenzó hace un año, y en la actualidad me encuentro en un estado de salud estable. Pero quiero denunciar que los servicios con los que cuenta el hospital de Infectología de La Raza son insuficientes para realizar los estudios necesarios para los pacientes de esta enfermedad. No se cuenta con el servicio de endoscopia, que es muy necesario para conocer el estado interno de los pacientes que tienen *Sarcoma de Kaposi*.

No se cuenta tampoco, con medicamentos para combatir el problema. Algunos de ellos se han utilizado en el Instituto Nacional de la Nutrición y en otras instituciones. Pero estos medicamentos son de procedencia extranjera y se necesita autorización del gobierno para que entren a México, y por culpa de procesos burocráticos se ha detenido el que esos fármacos entren al país y sean utilizados en los hospitales donde los necesitan. Mientras tanto, los pacientes degeneran su estado de salud.

Se trata de medicamentos antivirales; me refiero especificamenta a la *azidotimidina o Retrovir*. La empresa que lo fabrica es inglesa, la *Burroughs Welcome*, y proporcionó al hospital de la Nutrición cierta cantidad del medicamento, del que dispusieron libre-

mente. A medicamentos como éste se le ponen trabas burocráticas, de aduanas, y se alega que no hay fondos suficientes para adquirirlos, poniendo en peligro la vida de todos estos pacientes con diferentes infecciones debidas al VIH. La AZT no la podemos comprar porque tiene un costo de más de 800 o mil dólares al mes. Utilizamos otros medicamentos antivirales, en los que gastamos mucho dinero''.

Otro paciente, Roberto, enfermo de SIDA, comentó; ''No he tenido necesidad de ningún tratamiento en especial, pero me he dado cuenta de la deficiencia tremenda que hay en el Seguro Social en todo lo concerniente a esta enfermedad. A todos los derechohabientes los están canalizando a Infectología, pero a esta división no le están dando lo necesario para atender a los pacientes. A los pocos doctores que están atendiendo la enfermedad se les está cargando el trabajo y esto puede ser causa de que algunas personas que tengan el padecimiento mueran más rápido porque no se les pude atender con eficacia.

Si uno se presenta a la clínica que le corresponde o al hospital de zona, pues haz de cuenta que estas apestado, que eres lo peor, y te canalizan a Infectología. Por ejemplo, yo tuve una experiencia hace unos meses, cuando tenía que aplicarme un antibiótico y fuí a la Clínica 28 y me dijeron que ahí no podían aplicármelo, sin saber si tenía o no la enfermedad.

Con motivo del SIDA están aplicando medidas drásticas. En esa clínica no me aplicaron la inyección y fuí al hospital de Gabriel Mancera y Xola y ocurrió lo mismo. La cuestion es: ¿si se requiere de algunos medicamentos que sabe el IMSS de antemano que están siendo utilizados para atacar la enfermedad, por qué hasta el momento no han podido importarlos y nada más se atiende a la gente con los pocos medicamentos que hay en México y se utilizan para otras cosas no especialmente para el SIDA?.

Quiero decir con claridad que la atención médica en Infectología es de lo mejor y por eso estoy ahi, pero hay serias deficiencias materiales y de falta de recursos''.

Alberto otra de las personas afectadas por el VIH, dijo a su vez: ''Soy un paciente asintomático, portador, y hasta ahora no he tenido problemas de salud. Llegué a La Raza por ironías del destino. Yo le decía a un amigo que trabaja en la Clinica 28 del Seguro Social que tenía un problema de hemorroides, que no se me había podido quitar. Mi amigo me dijo que fuera al doctor León, de esa clínica. Este doctor me dijo que no tenía problema serio con lo de mi hemorroides y me comentó que ahí me podía hacer la prueba de detección del VIH. Yo lo tomé muy natural; en ningún momento

pensé que yo podría llegar a tener un problema de ese tipo, no porque hubiera llevado una vida de santo, pero me puse a pensar que no era drogadicto en sí —he fumado mota creo que tres veces en mi vida—, no he sido muy adicto a la bebida, y esos eran como mis antecedentes buenos para que no me pasara nada .

Salió el asunto de que si yo vivía con alguien y a la mañana lo llevé jalando y nos tomaron la muestra de sangre. Pasaron como tres días y llegó mi amigo, se nos quedó viendo algo impresionado y nos dijo 'lo veo y no lo creo, los veo tan sanos que no puedo creer que tengan SIDA'. En ese momento sentimos como que nos transportábamos a otro mundo; mi amigo comenzó a llorar. Yo siempre busqué a un protector y ahora caía en la cuenta de que soy su protector y de hecho, aunque ahora no vivimos juntos, me siento responsable de él.

A partir de ese momento el cambio de mi vida. Sin embargo nunca fui de las personas que lloran por tener un novio. Los tenía y si no funcionaba la cosa pues adios y punto. Después de eso tuve muchos problemas con el muchacho con el que vivía. Eramos muy diferentes, él lo tenía todo, pues yo lo mantenía. A pesar de todo, nuestra relación se cimentó mucho, entró más el cariño. El es una persona muy problemática que siempre se la pasa reprochándome todo, le dicen que yo tengo la culpa de lo de la enfermedad y a eso se debe en buena medida que hayamos terminado.

Impresionados como estábamos, le hablamos al doctor León a su casa y nos dijeron que estaba ocupado, que al día siguiente lo fueramos a ver a la clínica. Ahí nos dijo que efectivamente teníamos problemas pero que no tenía por qué tratarlos en su casa. Se me hizo muy mala onda. Nos trato muy mal; nos dijo prácticamente que nos íbamos a morir y nos dió la forma de cómo asegurarnos. Rigoberto, mi amigo, no tenía problema por que estaba asegurado. A mi me incluyó en la nómina de su empresa. Para Rigoberto la impresión fué muy dura. El doctor León lo acompañó a hacer sus trámites en la clínica pero ocurrió algo muy mala onda, porque en el pasillo el doctor comenzó a gritar '¡apártense!, ¡apártense!, porque este tipo tiene SIDA', y la gente no sabía ni siquiera lo que significaba el SIDA.

Dejamos de ir a Infectología donde nos hacían preguntas y más preguntas. Dijimos que Dios nos ayude pero ya no vamos, por lo menos hasta que tengamos algún problema. Cuando yo iba a infectologia me deprimía muchísimo. A raíz de que Rigoberto tuvo un problema de hernia, volvimos a ir. Por el problema del SIDA, no lo han querido operar de la hernia en ningún hospital, ni en el General de México de la SSA ni en alguno del IMSS. Lo agredieron demasiado y lo trataron como si fuera un bicho raro.

III

"La importancia de que nos cambiemos el nombre en esta entrevista radica en una cosa; el principal problema en todo esto es que hay una desinformación total. A mí me canalizaron a través de otra clínica a La Raza. Honestamente como paciente internado por primera vez en mi vida, fue impresionante, porque te conviertes en conejillo de indias", dijo a *La Jornada* José Luis, el último de los enfermos de SIDA entrevistados.

Por otra parte, en una carta enviada el dos de julio de 1987 a Ricardo García Sáinz, director general del IMSS, médicos del Hospital de Infectología de La Raza consideran que la atención a los pacientes con diagnóstico o sospecha del SIDA no es óptima, ya que en la Unidad "no contamos con los recursos para llevar a cabo estudios que son indispensables para el diagnóstico y control de las enfermedades que se presentan en este tipo de pacientes" y afirmaron que en su propia unidad médica "se nos ha dado la orden de que NO se soliciten estudios para pacientes de SIDA".

Además, un grupo de médicos del IMSS que atienden a los asegurados que viven con SIDA —que pidieron mantener en reserva su nombre—, afirman que el (CONASIDA) "se maneja desde un punto de vista muy político. Si se revisa el directorio de ese comité, se verá que sus integrantes son puros directivos, gente que no está en la trinchera, que nunca en su vida a visto a un enfermo de SIDA, nunca lo han oído, nunca han conocido sus problemas".

Continúa José Luis el relato de su experiencia: "Cuando estuve hospitalizado llegaban los médicos pasantes, los estudiantitos, que revisaban mi expediente y veían la parte donde decia que soy homosexual. Entonces, con una sonrisita socarrona decian; '¡Ah!, es por eso'. Desgraciadamente el problema como yo lo veo es que en México está pasando lo que pasó en Estados Unidos, se restringió el problema a homosexuales y drogadictos.

No se le dio importancia hasta el momento en que se empezó a detectar que no es un problema restringido, sino uno de salud pública a gran escala. En ese sentido, siento que lo que está pasando con nosotros aquí es exactamente eso. Se está satanizando a la gente enferma y aún a los asintomáticos. Canalizarlos a un solo centro de salud, por el desconocimiento que hay en otros centros hospitalarios, es terrible. Tuve oportunidad de ver después a la persona que me atendió en la Clinica 28 y me dijo que lo que a él le habían planteado es que la transmisión del virus es múltiple, inclusive con un beso. Es terrible ver que un médico pueda manejar eso. Es

terrible ver que tres o cuatro personas estén capacitadas para ver a los pacientes; que en las demás entidades del IMSS no se manejen esas situaciones. En Infectología de La Raza, una persona le dijo a una amistad que me iba a ver que se pusiera la bata y que no tocara nada y se lavara bien las manos, porque había muchas personas con SIDA ¡Imagínate!, alguien que está metido dentro del sistema y que trate así a la gente. Los directamente preocupados deberíamos ser nosotros, que nos podemos contagiar más fácilmente que una persona que tiene sus defensas normales. Lo más que se le puede decir a una persona es 'mira, no te preocupes, no hay ningún problema, salvo que te acuestes con algún paciente'. El primer ataque contra los enfermos que pasó por la televisión fue verdaderamente patético. Decían que te ibas a morir en el instante. A mí me dictaminaron oficialmente el problema en octubre del año pasado. El problema del pulmón me empezó en marzo de 1987, pero estamos hablando de mucha gente que es asintomática".

Hablan ahora médicos del IMSS, tratantes de personas afectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Uno de ellos dijo: "Por razones políticas, enmarcadas en un plano global de crisis económica, hay serias restricciones para atender a los enfermos de SIDA. Nosotros hablamos directamente con el presidente de la compañía inglesa *Burroughs Welcome*, para decirle que nos dieran un lote de *azidotimidina* (AZT) o *Retrovir*. Se trata de una fármaco que inhibe la replicación del virus, aunque es altamente tóxico y destruye la médula ósea.

Si la Secretaría de Salud aprobara la introducción de la AZT a México ello implicaría que sí sirve y por tanto, que los derechohabientes podrían exigirlo. Y ahí está el problema. Nosotros nos enfrentamos con el argumento oficial de que es muy caro el medicamento y que, por lo mismo, no se puede autorizar su importación. A esto hay que agregar que se nos impide utilizar la infraestructura del hospital La Raza.

Los trabajadores de todas las áreas, desde hematólogos hasta cirujanos, así como en general las clínicas de medicina familiar y los hospitales de zona, no quieren ver pacientes con SIDA. Piden una compensación económica por tratar con enfermos infectocontagiosos. No se quieren echar el boleto con un enfermo así y lo confinan a Infectología del IMSS o a Nutrición. Pero ¿con qué recursos? Hemos tenido el caso de un paciente con un infarto al miocardio que llegó a Cardiologia del Centro Médico Nacional y se le ocurrió decir que es seropositivo. Pues en pleno infarto en evolución lo mandaron a la Raza. En la Raza lo pasamos a terapia intensiva. Se le manejó ahi como se pudo; necesitaba un marcapasos y el hospital de Cardiología de La Raza se lo negó.

Hay veces que necesitamos una tomografía para un paciente con SIDA y el personal de Rayos X no la hace, porque dicen que se trata de un enfermo infectocontagioso. Una endoscopía gástrica tampoco la hacen. En un laboratorio particular, a donde normalmente tienen que acudir los pacientes derechohabientes, una tomografía puede costar 300 mil pesos".

En el escrito dirigido el año pasado al director general del IMSS —que no mereció respuesta por parte de Ricardo García Sáinz—, los médicos de Infectología de La Raza afirmaron que en ese centro hospitalario no se pueden hacer los siguientes estudios a personas con SIDA. Endoscopias (broncoscopias, rectosigmoidoscopias, esofagoscopias). Ecosonogramas, T.A.C, y estudios de laboratorio especializado. "Anteriormente —añadieron—, se contaba con el apoyo de los servicios correspondientes del Hospital de Especialidades. Hospital General y Consulta Externa del Centro Médico La Raza, pero desde abril de 1987, las solicitudes para estos estudios de apoyo nos son rechazadas sistemáticamente, argumentando la contagiosidad del paciente y el hecho de que el personal de estas unidades no recibe el *concepto 86 bis*" (sobresueldo).

Agregaron que la negativa a realizar estudios especiales a los pacientes con SIDA ha llegado a afectar a otros pacientes hospitalizados por otro tipo de infecciones, lo que se hace constar en las solicitudes de estudio que han sido rechazadas.

Y dijeron más en la carta dirigida a García Sáinz: "El área física de la Unidad (Infectología), como usted lo sabe, se ha visto reducida desde que el servicio de Neumología del Centro Medico Nacional se anexó al Hospital de Infectología, por lo que actualmente sólo contamos con 76 camas de adultos. La mitad están destinadas para hombres y de ellas, 16 (42 por ciento), están ocupadas por pacientes de SIDA teniendo que ocupar en muchas ocasiones hasta un 30 por ciento de las camas de mujeres".

Concluye así el escrito: "Consideramos que los pacientes que pertenecen a grupos de alto riesgo (homosexuales, hemofílicos, insuficientes renales, etcétera), por el simple hecho de serlo no tienen la oportunidad de ser diagnosticados y recibir tratamiento adecuado de otras enfermedades y/o complicaciones potencialmente curables".

*tomado del periódico **La Jornada**, junio 6, 7 y 8 de 1987.*



IMSS
LA MALA ATENCION
PATRON
PRESENTE EN LA LUCHA
DE ENFERMERIA
POR LA SOLUCION INMEDIA
SUS DEMANDAS

Foto de Julio Argumedo.
Archivo de *El Universal*.

DRAMATISMO, ESPERANZA Y FRUSTRACION
Dos enfermos de SIDA. Entrevistas

lourdes cárdenas

I

"Casi 12 meses de mi vida han transcurrido en este hospital. Todos los males me aquejan y quizá el que más duele sea el abandono y el olvido. Mi vida ha sido inútil, nunca hice nada que me dejara satisfecho, y ahora cuando la muerte me ronda, no me queda mas que culpa, resentimiento y frustración".

Habla Juan José "N", profesional, 41 años, afectado recientemente por una tuberculósis y otras complicaciones causadas por el virus del SIDA.

"Cuando supe que los dias de mi vida estaban contados, quise huir y escapar de una vez para siempre; pense que todo había concluído y que mi destino inmediato era el más completo aislamiento, No fue así, mi enfermedad transformó y unió al mundo que me rodeaba y nos hizo comprender a todos la complejidad de la experiencia humana".

Es la voz de Luis "N", profesional de 29 años, hospitalizado de emergencia por una meningitis.

Dos experiencias distintas y un mismo origen: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA.

Un mismo lugar: el hospital de Infectología de La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, sitio que corre el riesgo de convertirse en un "sidario" por la gran cantidad de casos que ahí llegan después de haber sido rechazados en otros nosocomios, tanto del sector público como privado, y que a pesar de ello no ha recibido recursos adicionales, ni residen en él especialistas para entender la gama de complicaciones que se presentan en un cuadro de Inmuno Deficiencia.

Ambos enfermos saben que quizá la muerte llegue hoy mismo, pero asimilan su cercanía de distinta manera. Para Luis, el apoyo familiar ha significado la posibilidad de reintegrarse a la sociedad —una vez superado el cuadro de meningitis—, aportando a sus seres queridos lo mejor de si mismo.

En cambio, Juan José no piensa en el mañana y pasa los días buscando en un tortuoso pasado el origen de sus desviaciones. Al rechazo propio de su condición homosexual, se auna el desprecio y el olvido en que lo han sumido sus familiares, a excepción de la madre.

El miedo y el rechazo al SIDA, no es exclusivo de los familiares o seres cercanos al paciente. Es extensivo también a médicos particulares e institucionales, que una vez que detectan el virus, ''canalizan'' al paciente a Infectología, independientemente de que tenga afecciones que requieran atención especializada.

Informes recabados por *El Universal* en Infectología de La Raza, confirman la presencia de casos graves de pacientes cardiacos, que fueron rechazados en el Hospital de Cardiología por considerarse sujetos seropositivos o portadores del virus y lo mismo ha sucedido con mujeres parturientas que no fueron atendidas en las clínicas correspondientes por razones similares.

No es menos grave la problemática de ese hospital para proporcionar atención adecuada a los enfermos, pues al alto costo que representa su cuidado —en términos de camas, medicamentos y estudios—, se suma la imposibilidad del personal médico para atender complicaciónes que no son de su especialidad, que requieren un tratamiento específico y que van desde una meningitis, tuberculósis, alteraciones del aparato digestivo, hasta severos problemas cardiacos.

Cabe resaltar que según las fuentes consultadas, el número de estudios que se realizan a un enfermo de SIDA, se ha reducido notablemente como resultado de la escasez de recursos adicionales en ese hospital. Los pacientes tampoco reciben atención psicológica, a pesar de que muchos de ellos lo requieren y demandan.

Es ese el caso de Juan José, quien hasta hace relativamente poco tiempo, se consideraba un hombre independiente, bien remunerado profesionalmente, fuerte, con futuro y energías para pasar su vida como creía conveniente, y que ahora, con la piel pegada a los huesos, espera la muerte con un rictus de dolor y amargura.

La repentina aparición del virus de Inmuno Deficiencia, sacó a relucir —con grandes culpas y resistencias—, una dramática y tortuosa historia familiar que siendo niño sembró y dejó en él, un auténtico rechazo por el sexo femenino y una atracción nunca aceptada totalmente por la gente de su mismo sexo.

En el drama se mezclaron y se fomentaron afectos incestuosos con la madre y algunas de las hermanas y un rechazo constante del padre hacia los hijos. Sus primeras experiencias sexuales —con ambos sexos— se iniciaron cuando aún era un niño y marcaron las vicisitudes de un destino que en principio no eligió.

Los médicos que lo atienden le dan entre 9 meses y un año más de vida. El lo sabe y más que la angustia de la muerte, le duele su miseria pasada y el desprecio de sus hermanos —"uno de ellos médico y que teme infectarse si lo toca"—, amigos y compañeros de juerga, lo que se traduce en una depresión y malestar permanente que provoca también el rechazo de las enfermeras de piso .

A diferencia de Luis "N", a Juan José lo sorprenderá la muerte en la más completa soledad y se llevará consigo no sólo el estigma que en esta sociedad tiene el homosexualismo, sino también "su pasado inutil y su frustración personal y profesional".

El caso de Luis es distinto, pues su familia no solo le ha brindado solidaridad y afecto, sino que también ha comprendido y aceptado su homosexualidad "y ahora espera que salga del cuadro grave de meningitis para llevarlo a casa y darle la atención que requiere".

Luis está conciente que a sus 29 añós, la vida que le resta es corta y no libre de complicaciones. Sin embargo, el afecto de sus seres queridos ha sido tan reconfortante para él, que incluso "da gracias a Dios" por la enfermedad, pues unió y transformó todo su núcleo familiar.

El paciente desarrollaba hasta hace poco su profesión en una empresa transnacional. La enfermedad llegó de pronto y se anunció con fiebres que llegaban hasta los 40 grados y qué lo llevaron en unos cuantos días a sufrir una grave meningitis que lo tiene hospitalizado desde hace aproximadamente un mes.

No pasa un día sin que Luis reciba la visita de sus familiares más cercanos. Todos ellos saben cual es el mal que lo afecta, pero para evitar que haya un rechazo posterior, hablan hacia afuera de una grave infección pulmonar.

Desde sus primeras manifestaciones, Luis aceptó la creciente atracción que sentía por su mismo sexo y fue capaz de asimilar tanto física como intelectualmente su homosexualidad. Esto lo condujo a plantear el problema a su familia, quien lo aceptó no sin ciertas reticencias.

Sin embargo, la aparición del SIDA y la cercana posibilidad de la muerte de uno de los miembros, produjo en la familia un efecto positivo, pues canceló un posible rechazo al enfermo y por el contrario, los unió solidariamente en el afán de apoyar y hacer llevadores los días o meses que restan de vida a Luis.

Dos casos distintos y a la vez similares en su origen ponen en evidencia el drama que enfrentan las personas afectadas por el virus de Inmuno Deficiencia. La muerte los ronda diariamente y quedarán registrados en la historia médica como víctimas de un "Mal del Siglo", que continuará su mortífera carrera, pues el virus es considerado "tan perfecto" que lograr su neutralización, se llevará muchos años más.

II

Las implicaciones sociales del SIDA comprenden una extensa variedad de reacciones, que van desde el rechazo familiar, la marginación del individuo en distintos núcleos de la sociedad —incluyéndose el médico—, hasta la privación del derecho al trabajo al sujeto portador, aunque este goze aún de facultades para ejercerlo.

Es ese el caso de Pedro "N", jóven heterosexual, de extracción campesina y de escasos 20 años, que hasta hace apenas unos cuantos días, antes de ser detectado como "portador del virus de Inmuno Deficiencia", se desempeñaba normalmente como chofer en una conocida empresa de la ciudad de México.

Su estado de salud es normal y no ha presentado hasta ahora ningún transtorno preocupante. Es lo que se dice en la jerga médica un "asintomático", que puede llegar o no a desarrollar la enfermedad.

Su vida transcurría en la más completa cotidianidad, hasta un día de finales de marzo en que aparecieron los médicos de la empresa "para hacer un exámen general a todos los obreros".

Poco después la noticia le fue notificada, acompañada de una carta de renuncia que días antes le habían hecho firmar en blanco. Su indemnización fue de escasos 700. 000 pesos y aunque en el certificado médico se hacia constar que el portador gozaba de facultades para seguir trabajando, no fue posible que conservara el empleo.

En Actopan, su pueblo natal, el médico se encargó de difundir la noticia. " Quiso hacer declaraciones a la prensa local y consiguó que la gente me rechazara y marginara".

Pedro "N" se afirma como un sujeto heterosexual, que gustaba de la parranda y la fiesta. Fue en una de esas noches de juerga, en uno de los muchos prostíbulos que abundan en su pueblo, en donde supone contrajo la enfermedad.

A su corta edad, Pedro "N" tenía una serie de planes. Pensaba regresar a su tierra para dedicarse al cultivo de tomate y chiles en

las dos hectáreas de terreno propiedad de sus padres. Pensaba también casarse a fin de año, formar una familia normal y se entrenaba para ser luchador.

El conocimiento del estado de su organismo rompió de tajo todos esos proyectos. Primero, se quedo sin un empleo fijo que le permitiera subsistir con un mínimo de ingresos, su novia, quien por recomendaciones médicas tuvo que someterse a la prueba del SIDA, le dice que "esperará hasta que se alivie", y sus padres insisten en juntar dinero para "pasarlo a los Estados Unidos para que lo curen los médicos de allá".

El pensamiento mágico es una constante en la mente de Pedro: acude frecuentemente a ver a un hierbero de la Sierra de Hidalgo, que según afirma, ha logrado curar a gentes con cáncer. Le da hierbas que por lo menos le quitan el constante dolor de cabeza que lo aqueja.

En opinión del médico que actualmente lo controla. Pedro "N" no ha presentado aún transtornos preocupantes. Su reciente adelgazamiento y el dolor de cabeza pueden explicarse más por el stress y la angustia, que como síntomas de la enfermedad.

Sin embargo. Pedro ya es esclavo de los fármacos. Evitar que se desarrolle el virus implica dósis permanentes y "de por vida" de vitamina B, así como un medicamento llamado depenicilamina, que se ha observado, inhibe el avance del virus, más no lo erradica.

Está sujeto también a revisiones médicas quincenales, que permitirán hacer un seguimiento detallado de la evaluación de la enfermedad. No se sabe aun qué factores condicionan que un individuo desarrolle o no el virus de Inmuno Deficiencia y, por ello, se le debe mantener en estricta vigilancia, además de que en su calidad de portador, es considerado un sujeto de riesgo que debe ser controlado para evitar el contagio a otras personas, señala el médico que lo atiende.

No obstante, reitera que el estado de salud de Pedro "N", es hasta ahora satisfactorio y no existe causa alguna que le impida ejercer su derecho al trabajo. El que se le haya cesado de su empleo, es una de las muchas secuelas sociales que el SIDA tiene aún en México.

No se justifican este tipo de actitudes, como tampoco el rechazo y la marginación que ciertos grupos de la sociedad han querido hacer de los enfermos del SIDA. Esta, como cualquier otra enfermedad mortal, merece atención médica, así como el respeto de la sociedad y la asignación de mayores recursos para su tratamiento y prevención, finaliza el médico.

III

Razones económicas anteponen las autoridades del Hospital de Infectología de La Raza para evitar mantener el costoso tratamiento de los enfermos de SIDA, pues "si van a morir pronto, no tiene caso gastar el dinero en ellos", mientras que en los hospitales de especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, la sola mención del padecimiento provoca rechazo y la negativa de atenderlos, aunque la prolongación de su vida dependa de un servicio de este tipo.

Y a pesar de que el IMSS asegura que el hospital de Infectología del Centro Médico La Raza "se ha destinado como el punto de referencia de aquellos casos cuya complejidad o características requieren de mayores recursos, diagnósticos o apoyo", el subdirector matutino de ese nosocomio, Longino Parga, se niega a autorizar la administración de ciertos medicamentos a los pacientes con SIDA, argumentando que su elevado costo no justifica su uso.

Versiones de familiares de pacientes derechohabientes afectados por el Síndrome de Inmuno Deficiencia, dan cuenta de una larga y fatigosa odisea de "hospital tras hospital" para conseguir atención adecuada y ponen en evidencia la compleja problemática en el renglón clínico que subyace a este tipo de padecimientos.

Uno de los múltiples casos ilustrativos del problema, fue denunciado a este diario por parientes de un paciente que además del SIDA y como secuela de éste, ha desarrollado un cáncer nasal de extrema gravedad, que requiere —según especialistas del Hospital de Oncología del Seguro Social—, de por lo menos 20 radiaciones y hospitalización de emergencia, aunque "por el origen de su mal no puede permanecer en ese nosocomio".

Y ello contradice las afirmaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, que asegura que "cuando es necesario internar a estas personas, ésta se efectua en las diferentes unidades de la Institución para el manejo de las complicaciones".

El caso del paciente citado no es el primero que se registra, pues según informes obtenidos con anterioridad por esta reportera, en Infectología de La Raza se han atendido desde partos de urgencia, hasta complicaciones cardiacas y respiratorias, en virtud de que en las clínicas correspondientes, se han negado a hacerlo cuando se descubre que el enfermo es portador del SIDA.

Hay más, los familiares entrevistados señalan que "las autoridades de Infectologia de La Raza, y en especial el subdirector del turno matutino han querido dar de alta al paciente, argumentando que

su cáncer debe ser atendido en oncología. Ha pretendido también negarse a autorizar la administración de un medicamento de nombre "Pipril", cuyo costo por ampolleta es de 85,000 pesos y que según su versión, no sería justo gastar esas catidades en pacientes con pocas probabilidades de vida".

El miércoles pasado, el paciente mostró signos de tal gravedad que fué necesario introducirlo al quirófano. Sin embargo, al no contar ese nosocomio con especialistas oncólogos fue imposible intervenirlo en virtud de que se encontraba invadido del cáncer y requeria atención sumamente especializada.

A los familiares, quienes no radican en la capital del país, se les ha reiterado que su paciente debe ser atendido en Oncología. Ahí les dicen que lo regresen a Infectología, y en un vaivén constante, el enfermo ha recorrido los hospitales regionales de su lugar de origen, hasta los nosocomios citados, sin que se tenga la certeza de donde será atendido definitivamente.

Según los entrevistados, la atención que recibió el enfermo en los hospitales de zona, dejó mucho que desear. Nunca fue atendido por algún especialista que no fuera internista, mientras que los otorrinolaringólogos que lo llegaron a ver y que conocían el origen de su mal, se limitaron a administrarle fármacos para una "supuesta sinusitis" que días después se reveló como un cáncer.

Hoy, el paciente tiene relativamente asegurada una cama en el Hospital de Infectología, pero no así la atención especializada que requiere. Quizá mañana no reciba los antibióticos mencionados y quizá también la falta de un tratamiento adecuado acelere su ineludible final.

*Tomado del periódico **El Universal**, junio 6, 15 y 17 de 1988*


DERECHOHABIENTE
TU SALUD ES IMPORTANTE
por ESO CONTINUAMOS en LUCHA

Foto de Julio Argumedo.
Archivo de *El Universal*.

PARA MI FUE UN POCO MORIR, CASI EL FIN
Testimonio*

luz adriana robledo valencia

Para mi fue un poco morir, aun no puedo mantener la calma, mi familia está resquebrajada. Estoy sola, fueron 32 años de matrimonio... Expresa Paula, mujer de casi 49 años quien en agosto de 1988 sufrió la pérdida de su esposo, Don Antonio, paciente hemofílico controlado, de 62 años, cuyo deceso fue el resultado de la contaminación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) por transfusión sanguínea.

Siempre fue hemofílico, lo heredó de su madre, quien vivió muchos años y realizó una vida normal, igual que la que él pudo haber disfrutado al final de su vida, misma que se le negó ¿por negligencia institucional? Pero no sólo se le canceló la posibilidad de morir tranquilamente bajo las condiciones que su padecimiento le hubiera permitido, sino que fue empujado a una muerte indigna, como de un apestado, peor que un animal; en una ocasión que el demandó atención, ya internado en un infecto cubículo del Hospital General Regional No. 14 del Puerto de Veracruz, un auxiliar de intendencia se atrevió a gritar a los cuatro vientos "¡ese perro está rabioso, hay que apalearlo!".

Habla Paula: El era un hombre fuerte, mis cuatro hijos y yo estábamos acostumbrados a su enfermedad, nunca fue un vicioso, ni siquiera tomaba. En el Seguro Social, del que fue derechohabiente desde 1982, los doctores y las enfermeras me decían que era yo como su madre, que por eso él había vivido tanto y en buen estado ¿pero cómo no hacerlo? Era humano y además era mi esposo. Antes de descubrirse la seropositividad había estado enfermo con hemorragias, hematomas, llagas varicosas, pero después salía avante de esos problemas. Durante esos años, la institución médica le había proporcionado diversos tratamientos, dentro de su cuadro de hemofílico, que consistieron en 56 transfusiones de sangre, plasma y crioprecipitados. Asimismo, le atendieron molestias y complica-

* Testimonio verídico recopilado por Francisco Galván Díaz en entrevista personal con los afectados. Se publica bajo acuerdo, sólo se cambian los nombres de los dos protagonistas principales —Paula y Antonio—, los demás son reales.

ciones relacionadas con el funcionamiento de su tubo digestivo. La última vez que lo frasfundieron fue a principios de abril de 1987.

En junio de 1986, cuando la inauguración del mundial de futbol, él expresó que se sentía muy contento y que hasta se le antojaba tomar una cerveza, entonces mi hijo fue a comprarlas y todos lo acompañamos con una, después se puso muy mal, con demencias que nunca antes había tenido y con dolores muy intensos, lo llevamos de emergencia al hospital donde lo internaron bastantes días, lo transfundieron y lograron sacarlo de ese estado crítico. A partir de ahí nunca volvió a caminar, no nos supieron explicar los doctores el por qué. Después de eso tuvo que hacer uso de muletas para trasladarse y posteriormente de una silla de ruedas en la que lo sacábamos a pasear.

Después de esa fecha ingresó al hospital dos o tres veces a causa de hemorragias internas, en ese lapso recibió mas transfusiones. Hasta ese momento no se le había hecho la prueba de detección del VIH, los doctores que lo atendían jamás mencionaron la necesidad o la precaución de efectuarla. Sin embargo, se acababa de dar el caso de una enfermera que resultó contaminada en los laboratorios de dicho nosocomio[1].

Todo empezó cuando una enfermera se presentó de improviso en nuestro domicilio en diciembre de 1987 y explicó que tenía que tomar una muestra de sangre de Antonio ya que estaban llevando a cabo un control de las personas que consideraban de alto riesgo para contraer el SIDA. Así lo hizo y prometió llamarnos para avisarnos de los resultados de los exámenes. Esperamos en vano, y en febrero de 1988 tocaron a la puerta dos enfermeras del hospital, una de ellas conocida nuestra por que era la que atendía a mi esposo cuando íbamos a las consultas de rutina. Las recibí primero en la sala —señala Paula— por qué de alguna manera ya sospechaba algo raro, pero la enfermera conocida por mi marido entró a su cuarto a saludarlo, entonces yo supongo, por que no alcancé a oir, que le dijo que él tenía SIDA.

Mientras tanto, la otra enfermera me explicó el motivo de su visita, que estaban ahí para confirmar la seropositividad del paciente y que, por lo tanto, requerían de tomar otra muestra, por que la primera se había perdido. Yo sentí que se me venía el mundo encima —gime Paula— creí morirme, no quería que el lo supiera, no era

[1] "Con esta, es la segunda ocasión que por equivocación en el manejo de sangre hay problemas de contaminación en el citado nosocomio, el primer caso fue denunciado en 1986 por una trabajadora del propio centro médico a quien erróneamente le fue aplicada una transfusión con sangre que estaba en estudio y que le había sido extraída a una paciente enfermo de SIDA". En *Notiver*, 23 de junio de 1988.

justo, toda su vida había sufrido. Le repugnaba esa enfermedad, no quería saber nada de ella, porque siempre veía en la televisión que los hemofílicos eran considerados grupos de alto riesgo, se la pasaba observándose y no se notaba síntomas, tenía miedo porque sabía de la enfermera que había sido contaminada. Yo tenía un pavor horrible siempre que pensaba en el número de transfusiones que en ese hospital le habían aplicado, no quería imaginarme lo peor, y ahí estaban las mensajeras en mi propia casa con la burla de que habían perdido la primera muestra.

Cuando se fueron, yo traté de aparentar calma, me quedé en la sala llorando y puse la televisión a todo volumen para que él no me oyera. Cuando llegaron mis hijos lloramos juntos y tomamos la determinación de que ellos debían retirarse de la casa para evitar el contagio, no sabíamos ni siquiera que precauciones tomar, en el periódico y en la televisión dan tantas versiones que una no sabe a que atenerse realmente cuando la enfermedad está ahí. Las enfermeras me habían dicho solamente que el doctor Arroyo —un hematólogo que habían puesto en lugar del doctor José de Jesús Mendez, a raíz del caso de la trabajadora contaminada— quería verme[2].

Recobré un poco de calma, me armé de valor y fui al hospital a entrevistarme con dicho facultativo y al llegar a su consultorio y presentarme con él se mostró sorprendido y dijo que no me había mandado llamar. Traté de no perder la calma y le repliqué que cómo era posible que sabiendo ellos el estado de mi esposo eludieran toda responsabilidad y que si ellos que eran médicos y estaban informados y advertidos de los riesgos no nos hubieran dicho nada. Yo debo estar mal —le dije— entre mi esposo y yo hacía mucho que no había intimidad, —recuerda Paula— pero yo usaba sus hojas de afeitar, el constantemente sangraba y yo no tenía ninguna precaución especial.

El doctor Arroyo me conminó a la calma y prometió que me iba a hacer exámenes con la mayor discreción para que no se supiera. También me platicó de casos en otros países, en fin, me desarmó con su trato, él se mostraba muy mortificado y la única recomendación que me dió fue que usara mucho cloro para desinfectar los trastos y la ropa.

Pasaba el tiempo y mi familia y yo nos hundimos en la mayor desesperación, entretanto Antonio me suplicaba que lo llevara al

[2] En una nota aparecida en *Notiver*, el 11 de febrero de 1988, se señaló lo siguiente: "Personal de enfermería, dietología e intendencia del Hospital de Especialidades Número 14 del IMSS, se mostró alarmado anoche al enterarse de que cuatro pacientes presentando cuadros avanzados del SIDA se encontraban internados bajo condiciones que exponían al contagio al resto de la población. (...) tuvieron una reunión para determinar que medidas adoptar para enfrentarse al problema y al mismo tiempo elevar su protesta ante la dirección".

Distrito Federal, al hospital de la Raza ya que una de las enfermeras que platicó con él le dijo que ahí lo podían atender. Yo le decía: viejo, lo que tienes siempre te lo han tratado aquí y él veía que yo no quería hablar de ello, o suponía que yo no lo sabía. El doctor Arroyo me dio los resultados de mis exámenes y fueron negativos. En esos tiempos, Antonio había perdido todo el ánimo, ya no quería que lo llevara a pasear en la silla de ruedas.

Durante ese lapso, el Seguro Social jamás envió a una trabajadora social y mucho menos se nos insinuó la posibilidad de apoyo terapéutico especializado, estábamos como abandonados a nuestro ánimo y a nuestra suerte. Yo trataba de no llevarlo al hospital para evitar que se enterara de que estaba contaminado. Hasta que un día, el 6 de febrero, en un descuido nuestro tomó Antonio sus muletas e intentó ir caminando al hospital, cuando nos dimos cuenta de su objetivo lo vimos que estaba temblando mucho y empalidecía hasta ponerse amarillo, al día siguiente tenía un hematoma enorme y corrimos al hospital. Al llegar a la sección de urgencias pedí hablar con el doctor que lo iba a atender. Le dije: considero informar a usted de lo que mi esposo tiene para que tomen las debidas precauciones; él fue contaminado de VIH en una de tantas transfusiones que aquí le han aplicado.

Seguramente dicho doctor le comentó a alguien, porque cuando fui al área donde estaba mi esposo esperando que lo turnaran, en medio del fragor de familiares y pacientes, llegó una enfermera y me da una bata y un cubrebocas, "porque él tiene SIDA y usted lo puede contaminar", me quedé impávida, hasta ese momento creí que por fin mi esposo se había enterado de lo que tenía, ¡y de esa manera! Corrí al consultorio a reclamarle al doctor, a decirle que en todo caso no era la única que lo podía infectar, que había muchas más personas ahí, que era como poner un distintivo para que todo mundo nos señalara. El doctor sugirió, "si señora, mejor sálgase, yo la voy a llamar por mi consultorio para que no pase más humillaciones. ¡No se puede con esta gente! exclamó".

En la noche —continúa Paula— al salir de urgencias y dirigirnos, con mi esposo en camilla por el elevador, al piso 6 donde lo iban a internar, nos encontramos a un familiar mío que trabaja allí, se acercó a Antonio y le dijo "manito, otra vez aquí" y hace el ademán de tocarlo cuando el camillero, a quien se le notaba la cara de asco y horror, gritó: "no lo toques, no ves que tiene SIDA y te vas a contaminar". Fue un impacto tremendo, todo mundo se alborotó en el pasillo, pero eso no fue lo peor, el cubículo que le habían 'asignado' tenía letreros por fuera que decían 'contaminado', al abrir aquella puerta se nos vinieron encima todos los olores fétidos

del mundo, era como un basurero; la ventana a medio tapar con un trapo viejo y sucio de manta y periódicos, sin clima, el timbre de atención estaba inservible; el lavabo y el excusado tapados con agua almacenada de quien sabe cuantos días; tierra y polvo en todos los muebles, abajo de la cama había una caja llena de basura; jeringas y algodones sucios esparcidos por todo ese espacio infecto, y a mi me exigían hacia unas horas que me pusiera bata y tapabocas.

Por fin llegó la doctora Lucía Ramos al cubículo y yo la atajé preguntándole cómo le parecían las condiciones de ese espacio, a lo que ella me contestó ''ese no es mi problema, señora, eso es de intendencia, yo soy el médico asignado''. Le repliqué exponiendo que como médico, era muy importante vigilar las condiciones en las que el paciente iba a estar. Me ignoró por completo y se concretó a echarle a Antonio una miradita, eso sí, con todo el asco del mundo; ni siquiera le mandó una alimentación especial, ni nada. Posteriormente fui a intendencia a ver si limpiaban el cuarto y no obtuve respuesta. Me dirigí a ver al subdirector de la tarde y le supliqué que por favor arreglaran el timbre de atención porque mi marido no se podía mover, que era urgente también limpiar el cuarto, el me contestó: ''como no señora, le prometo que todo se arreglará, ya supe de su esposo, haga de cuenta que desde que llegaron aquí me vinieron a poner una bomba de tiempo, hay en el hospital un alboroto tal que es imposible, pero le aseguro que van a asear el cubículo de inmediato''.

¿Querían acaso que se muriera de plano? Su alimentación consistió al principio en un atole aguado y asqueante que lo servían en uno o dos vasitos desechables y casi era un triunfo que se lo llevaran al cubículo, todos se echaban la bolita: ''Qué ahora te toca a ti''. ''No, a ti te corresponde o a fulano''. Mientras tanto Antonio sufría cada vez más de unas diarreas espantosas. Hasta el quinto día que llegó la doctora Ramos, mi marido se quejó y ella le dijo: ''pero ¿quién le ha dicho a usted que tiene esa dieta? usted tiene dieta complaciente, puede comer de todo''. Yo le contesté: entonces es usted quien tendría que indicarlo desde que él llegó aquí y hasta ahora se lo dice. Ella me ignoró por completo como era su costumbre, entre las dos había nacido un odio tremendo. A mi no me dejaban llevarle comida; había una trabajadora social que lo iba a ver y le preguntaba qué le hacía falta y Toño le contestaba, pues no me trajeron mi cena y ella iba a la cocina a conseguírsela y si ya no había le llevaba de su propia comida.

Fueron 9 días de infierno, lo dieron de alta porque ya no me soportaban, a diario pedía una cita con el director y siempre me decía

su secretaria que estaba fuera, que llegaba en 5 días. Hasta que un día, en el colmo de la desesperación llegué fuera de mi a dicha oficina y la secretaria, ante mi solicitud, me contestó lo mismo y yo le dije que después de que me oyera a ver si no me recibía, y delante de todas las personas ahí reunidas empecé a gritarles a lo que yo iba, todo lo que le habían hecho a mi marido; enseguida, aquella mujer me sacó rápidamente del lugar y me llevó a un privado donde ya sin calma y perdiendo totalmente la compostura y lo que llaman *buenas costumbres*, le expuse todas y cada una de las anomalías, malos tratos y ausencia del mas mínimo profesionalismo y falta de humanidad del personal del hospital para con Antonio. Al otro día que llegué el director me recibió.

Le expliqué con mucha calma y haciendo un esfuerzo de paciencia, continúa Paula—, el director se mostró muy indiferente y señaló que esa enfermedad es muy común, que Antonio podía hacer una vida normal, que quizá no muriera de SIDA, que seguramente viviría 10 años más junto a nosotros, que yo podía lavar la ropa de él junto con la mía y la de mis hijos sin mayor problema. Enseguida comenzó a relatarme el caso de una persona de una comunidad cañera cercana al Puerto de Veracruz, que resultó infectada de SIDA, pero que ya había llegado al hospital con el virus y quizo armarles un escándalo, tratando de darme a entender que era un homosexual. Entonces tuvo que regresarse a su comunidad y ahí los vecinos no quisieron saber más de él y le quemaron su casa. Sentí que ese relato entrañaba una amenaza para nosotros, para que nos silenciáramos. Fue una plática bastante fea, salí de allí pensando que yo lo sentía mucho pero no me iba a quedar quieta, todas estas cosas suceden porque una siempre se queda callada.

También fui a ver al subdirector de la mañana y al de la tarde, este último se mostró muy atento a lo que yo solicitaba, pero igualmente mis palabras cayeron en el vacío; él expresó: "mire señora, usted tiene que entender que su marido es una persona grande que siempre ha estado enferma y que de algo tiene que morir. Le aconsejo vaya con un sacerdote para que la apoye y la ayude a aceptarlo".

Tuve enfrentamientos muy desagradables con enfermeras y personal de intendencia en mi afán porque asearon un poco el cubículo y atendieran las mínimas cosas que Antonio como paciente delicado requería. Hubo trabajadores que me repelaban gritándome que si quería a mi esposo bien atendido pues que me lo llevara a mi casa. Una doctorcita se me enfrentó aconsejándome que por moral yo debía quedarme a cuidarlo y atenderlo, yo le repliqué que a mi no me pagaban sueldo, que ese era deber de ellos. De igual forma, otra

médica un día me exigió que necesitaba llevar no se cuantos donadores para reponer las tranfusiones, le contesté que si ya lo habían infectado yo no tenía por que pagar[3]

Una noche le pusieron el cómodo y ahí lo dejaron hasta en la mañana, el pobre Antonio no podía ni pararse, además les tenía miedo, pensaba que si se quejaba le iban ha hacer algo peor. Le dije que no tuviera temor, que si no le quitaban el cómodo cuando debían y ante la imposibilidad de contar con un timbre de atención, pues que él se lo quitara y lo aventara a la puerta, al techo, donde se te ocurra Toño, de tal modo que hagas mucho escándalo y cuando lo oigan te juro que van a venir. El no quería hacerlo, y le rogué: amor hazlo, por que si no ellos van a ser cada día peores contigo. Un día que no llegaban a retirarle el cómodo él lo sacó y lo aventó, como el interfón estaba abierto alcanzó a escuchar que un hombre que estaba en el módulo adjunto exclamó: "¡ese perro tiene rabia hay que apalearlo!" Después llegaron a limpiar.

Llegó un día en el que la doctora Ramos dejó de ir a consultarlo y la sustituyó otro médico —que fue quien expidió la última alta— y que sólo se dedicó a explicar de manera petulante y en un lenguaje *científico* qué eran los crioprecipitados, de cuantos donantes se requería, etc. Nunca puso atención realmente a las condiciones en las que mi marido sobrevivía allí.

En una ocasión Antonio tuvo una crisis de desesperación quizá, se puso como loco, no me reconocía, dos veces se le safó la aguja y se sangró mucho, eso lo puso peor, me dijo que sentía cosas muy raras, que se estaba muriendo, las enfermeras tuvieron que amarrarlo para que no se desconectara las agujas. De pronto no me reconocía; yo pensé que ese era el fin. Al otro día traté de sondear hasta donde él se daba cuenta de lo que había pasado y al parecer ni cuenta se dió, como que no lo registró.

En los 9 días que estuvo internado nunca le cambiaron la ropa de cama suficientemente, el colchón siempre estaba mojado, ni siquiera cuando tuvo aquella crisis en la que perdió mucha sangre le pudieron cambiar la ropa de cama ni su camisón de dormir, era tremendo para él verse y sentirse así. Por fin lo dieron de alta, todavía con el hematoma, por lo que tuve que llevarlo a control en dos o tres ocasiones. La doctora Ramos que lo atendía se adornaba y le decía: "lo encuentro muy bien pero lo veo deprimido, cuénteme porqué". Después de que ella se encargó de darle un trato de lo peor —se queja Paula— entonces él se puso a llorar y le dijo a la

[3]Se calcula que para 1991, de los posibles 65 mil casos de SIDA en México, el 18 por ciento pertenezcan al rubro de contaminaciones de VIH por transfusión sanguínea, *en SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.* Boletín mensual, año 2, no. 7, julio 1988.

doctora: "¿Porqué me trataron como me trataron?" A mi me dió una tristeza y un coraje enormes, y le dije: "Ay mi vida, ¿porqué le preguntas eso a esta señora? Tu sabes que si estas gentes trabajan es por su cheque quincenal".

Enseguida me enfrenté con la doctora, quien no había vuelto a decir palabra, le expresé que no quería volver a su consultorio sólo para que dijera que Antonio se veía bien, ojalá puedan mandar un médico a mi casa para no pasar tantas humillaciones. Ella contestó que pasara después, que me iban ha hacer una especie de expediente para que pudiera llevar a Antonio a otra clínica y así me enviaran un doctor a domicilio. A los tres días pasé por el documento y me dió una hojita totalmente ilegible, de la cual no se podía sacar ni el mas mínimo diagnóstico, y mucho menos algún dato que sirviera como historia clínica del padecimiento de Antonio. Se disculpó explicando que el expediente se había perdido. Al ratito, cuando iba a solicitar la incapacidad de mi esposo, vi que el doctor que antes lo atendía estaba revisando el expediente *perdido* de mi marido, después salió con el en la mano y se fue.

Nunca volvimos a la clínica 14, ya nos habían turnado a la unidad médica familiar donde no tuve problemas, no nos conocían, pero sospecho que estaban enterados del trato del que habíamos sido objeto y nos trataban muy bien. Después de que dieron de alta a Antonio en la clínica 14 solo vivió 3 meses mas.

Antes de la muerte de mi marido —señala Paula— había pensado seriamente en entablar una demanda contra el Seguro Social , principalmente contra el Hospital General Regional No. 14 del Puerto de Veracruz. Consulté a abogados amigos de la familia, algunos dieron largas al asunto, otros ni siquiera se atrevieron a entrarle; uno de ellos, que estaba empapado del caso de la enfermera infectada y que había llevado a cabo dicho juicio, me salió con el pretexto de que si su mamá se enteraba de que nos estaba ayudando no lo iba a dejar en paz, así que hubo que recurrir a otro licenciado llamado Pedro García Reyes quien está llevando nuestro caso hasta ahorita. La verdad no sabemos hasta qué punto vamos a obtener algo, estamos pidiendo una indemnización, porque ya es inútil querer devolverle la vida y la tranquilidad a Antonio, pero nos interesa que esto no quede impune, que se haga justicia[4].

septiembre de 1988

[4] Una copia fotostática de la demanda titulada *Querella en contra del Instituto Mexicano del Seguro Social* con el número de afiliación 65-82-26-0029, obra en poder de Francisco Galván Díaz.



Foto de Rogelio Cuéllar

EL CASTILLO DEL UNICORNIO
Los afectos, la sexualidad y las relaciones interpersonales de una enferma de sida

gerardo gonzález a.

A Dulce María Pascual

La primera vez que vi a Malena fue en casa de un gran amigo, me dió la impresión de ser una mujer vulnerable, sin embargo, apenas habló, mostró una gran fortaleza, un tesón para sobreponerse a problemas comunes de la vida cotidiana. Tiene una mirada que traspasa a las personas, no ve la superficie, destruye con su penetrante intuición las pieles plásticas para anidarse en otros sentires, va al fondo, eso es su guía. Algunas veces la sentí con una tristeza muy difícil de describir, era como una especie de rebeldía frente al destino, a algo que no entraba en los riesgos que se adquieren al tomar decisiones, algo que agota, que mina... muy interno.

Yo no tenía ningún interés en precipitar las cosas, me parecía más importante hacerle ver que no intentaba una entrevista común y corriente basada en un interrogatorio, pero sucedió algo inesperado; apenas nos quedamos en un espacio íntimo, sin posibilidad de injerencias ajenas, ella inmediatamente empezó a arrollarme de información —el entrevistador era el que frenaba— yo lo decía: "no te preocupes, no me interesa saber si eres o no promiscua, ni como adquiriste el virus, no soy periodista, ni sé hacer entrevistas, quiero que me dejes conocerte, no como reportero sino como tu amigo"; le propuse que me invitara a su casa para que pudiéramos platicar en otras condiciones.

En dos ocasiones posteriores ví a Malena decaída, rodeada de personas que la querían mucho, pero en medio de un ambiente tenso, que no se prestaba para hablar. Su casa es agradable, llena de pequeños detalles y hermosos cuadros, las plantas y los cojines apa-

recen en cualquier lugar. La fui conociendo poco a poco, en otra ocasión pudimos hablar largamente, al principio el ambiente era frío, medido; se establecían códigos: después nos relajamos, los dos intimamos y se borró la distancia del lenguaje.

La afectividad

Yo vivía en provincia —tengo dos niños; una niña y un niño— (habla Malena), tenía una amiga muy cercana, una gente muy alegre, muy bromista, muy cálida, pero agresiva...nos empezamos a llevar bien, ella necesitaba entonces de mí, estuvo viviendo en mi casa, nos hicimos muy amigas, nos platicábamos todas nuestras intimidades... cuando empecé a enfermar fue muy solidaria conmigo... yo no tuve tiempo de preocuparme por la economía, toda la vida estuve con rollos de la cultura en la cabeza, pensando en el romance. La relación era cada vez más derecha, cuando me empecé a enfermar, ella se ocupaba de llevar comida a la casa, cuidaba a los niños, era realmente solidaria, si no tenía dinero para comer, yo le prestaba, o ella a mí, así era la relación. Todo eso antes de saber que era lo que yo tenía. Me fuí a Tijuana, me dieron el resultado del examen, y ella era la única gente en la que yo confiaba, le dije:

—Tengo SIDA (por teléfono).

—No puede ser, ¿por qué no te vas a Tucson?, ¡que te lo confirmen! ¡puede ser un error!

Todo ese tiempo ella me hablaba por teléfono para saber cómo estaba, entonces me practiqué otro análisis, regresé a Tijuana sin los resultados porque tenían que pasar 15 días para que me los entregaran. Cuando me confirmaron el diagnóstico lo primero que hice fue buscarla, necesitaba alguien que me diera aliento —además de mi familia sólo en ella confiaba ciegamente—, le traje unos dulces, se portó muy amable conmigo, estuvimos platicando, la invité a comer al día siguiente, me dejó plantada, no me buscó para nada (se había mudado a dos cuadras de mi casa), le dejaba recaditos bajo la puerta y nada, una vez que me la encontré de chiripa —porque ella jamás volvió a buscarme— hablé con ella:

—¿Qué onda contigo? ¿Porqué no eres honesta? me has dejado plantada, no has ido a verme, nuestra relación era muy buena. Ella argulló que no había podido, que andaba con un cuate, etc.; bueno, yo le creí, la volví a invitar, por supuesto me volvió a dejar plantada, no volví a saber nada, luego se vino a México. Un tiempo después yo también me vine a México, me puse bajo tratamiento, cuando hablaba por teléfono a la casa de mi amiga no me decían

buenas tardes, buenos días, ni una palabra me contestaban, siendo que antes eran súper cálidos conmigo, entonces le pregunté:

—Oye mana, ¿tus papás saben que estoy enferma?

—No, lo que pasa es que tu hermano —con el que acudí a Tucson a hacerme el examen— habló a la casa y les dijo que era muy peligroso que me acercara a tí... yo se que he vivido en tu casa...

—Terriblemente herida, le contesté:

—En todo caso ya lo tendrías, comías de mi cuchara, es más, mis hijos serían los primeros en tener el virus y ellos están bien, ya les hicieron el examen.

—Si, no te preocupes, no hay problema, yo te estimo mucho Malena...

Si me quería mucho pero... cuando me di cuenta ella ya estaba haciendo todos sus movimientos para quedarse con mi trabajo, entonces yo dije; bueno, espero a que me renuncien o yo lo hago... hice una carta para mi jefe diciéndole que me sentia mal, que no me parecía justo estar recibiendo dinero por no hacer nada, que me disculpara.

En otra ocasión, me encontré a otra amiga cercana, por medio de ella me enteré que alguna gente que me conocía se habia puesto de acuerdo para retirarse de mí, me pidió que lo entendiera, que no era por ella, que los maridos... que no se que. A mi lo que más me duele de todo este asunto es que no haya tenido honradez, yo nunca fui mala onda con ellos, no les fallé como amiga, como ser humano, lo menos que podía esperar era que fueran honestas, no que anduve como estúpida buscando a la gente, muy contenta y toda la cosa y ya me habían armado todo un complot de lejanía.

Malena hace mucho juego con sus manos delgadas, constantemente las utiliza sin exagerar los movimientos para darle más fuerza a sus palabras:... porqué no me lo dijeron, yo no soy tonta, entiendo a la gente, se que tienen sus prejuicios y los comprendo, lo que pasó, lo que nos dimos, nos los dimos y punto, no se como salí de ese encuentro... ahorita tengo que aprender a perdonar, a entender a los demás, a conocer a la gente así y a perdonar, para no guardar rencores, peor mira, ahorita que te digo esto me duele mucho, se me hace un nudo en la garganta... La mentira es una de las cosas que no tolero, es un puñal que se me clava porque ha habido muchas mentiras en mi relación anterior —con mi ex-marido—, yo oigo una mentira y me parece aberrante. Siento que mi amiga se quería justificar y quería asignarme a mí el papel de culpable para poder alejarse sin tanto conflicto interno, yo la entiendo, sé que todo era mentira, no tenía lógica pero yo... o sea, la entiendo, ella tiene sus conflictos personales.

Las relaciones de pareja

Había tenido una relación de cuatro meses con un amigo —me confía Malena—, un hombre muy buena onda, viviamos juntos, él es una persona muy ególatra en lo emocional, muy vanidoso porque es un hombre bello y yo creo que él se apantalló un poco conmigo porque andaba en el mundo de la cultura, —que en provincia suele ser excepcional— no era una relación muy pareja. El siempre me insistía en que tuviéramos un bebé, yo tengo dos y estoy operada y aunque no estuviera no lo tendría, entonces yo sabía que era una relación que no iba a durar por las diferencias culturales que teníamos... un buen día, —porque no era un tipo tonto— después de que me insistió mucho en tener un bebé, se levantó en la mañana y me dijo:

—Mira, yo quiero que sepas que un día me voy a encontrar una mujer con la que me voy a casar y voy a tener hijos...

—¡Zácale!... le contesté: Mira ¿sabes qué? Yo no soy tu excusado, ahorita estás esperando la mujer de tus sueños y mientras tanto estás utilizándome, agarras tus cosas y te largas en este momento; ¡fuera de mi casa!

Una cosa es estipular las reglas de la pareja de cierta manera desde el principio y otra es que te salgan con eso de esa manera tan brusca... eso no se dice, o no se dice así, total... se fue. Esa fue la última relación que tuve, fue antes de que yo supiera que estaba enferma... desde que me separé sólo me he involucrado emocionalmente en cuatro ocasiones, con él tuve la relación más larga.

La sexualidad

Mira... yo tenía la necesidad de un compañero, era una necesidad mas afectiva que sexual, tengo mucho tiempo de estar separada, uno se acostumbra también a no tener relaciones... llegó un momento en el que me hice a la idea que más vale estar sola que mal acompañada y... llegó el momento de aceptar que podía vivir la vida sin un compañero, yo pensaba que la mejor relación era aquella en la que cada quien viviera en su casa, porque es muy difícil que la gente se acople totalmente... en fin. Yo acepté eso y cuando me enteré que estaba enferma, como que cerré los ojos a la sexualidad, no quiere saber N-A-D-A, se me quitaron los deseos sexuales, deserotícé a las personas... finalmente acepté eso, mi sexualidad quedó dormida, y si acaso sentía algo de tipo sexual, evitaba la masturbación, así como con rebeldía, con coraje, como auto casti-

go. Tengo una gran necesidad de afecto de pareja, de cercanía de la piel... un médico me dijo que podía usar en mis relaciones condón pero no, no quiero saber... el doctor creía que no debía perder mi sexualidad, pero no quiero saber nada, porque es un riesgo para la otra persona, se puede romper el condón, además no me parece justo tener relaciones con alguien sin que sepa... hay algo interno de mí, ahorita además estoy en una búsqueda espiritual, en una búsqueda amorosa de otro tipo con la gente que yo amo y eso me alimenta mucho, el amor. Creo que eso es lo fundamental, las atenciones amorosas... toda la gente me ayuda sin llegar a hacerme sentir una inválida.

Los otros afectos

Mis hijos no saben qué es lo que tengo, por supuesto, no tiene caso que se enteren, saben que estoy enferma, no saben lo grave del asunto, mi hijo es un niño muy noble, muy maduro, entonces yo le hablo a veces chillando...

—Oye mamá, ¿cuándo vienes?, ¡quiero verte!

—No te preocupes —le digo—, lo importante es que tú estes bien, que te cuides. El quería venirse a México. Mi hija, la última vez que hablé con ella la sentí un poco más fría:

—¡Hola mamá! ¿Cómo estás?, ¿cuándo vienes...?

—¡Platicame hija!, ¿cómo estás?

—¡Bien!

—Platícame tus aventuras, tus travesuras...

Sí nos vemos, lo hemos hecho en diferentes ocasiones en que ellos vienen a México, constantemente nos comunicamos, salvo el tiempo del tratamiento —hace siete meses— nunca hemos estado separados.

El cuerpo

Yo era una chava bonita, llenita, más cachetoncita, me sentía muy segura, tenía mucho mejor mi piel, ahorita la tengo arrugada, y si bien nunca me cuidé mucho, siempre estaba preocupada por no engordar, era nerviosa, llegó un día en que llegué a pesar 60 kilos, que ya era mucho, pero mi peso normal era 57 kilos. De pronto empecé a adelgazar, me comenzó a salir una costra espantosa en la cabeza, se me infectó, era una peste fétida, me supuraba, el pelo, así, horrible, me empecé a poner toda clase de cochinadas en la ca-

beza, fuí con dermatólogos, etc., con ese problema estuve meses hasta que me lo quité con medicina naturista (ajo y aceite de oliva). Me salió otro exzema, lo atribuía a los nervíos, la presión... empecé a enflacar mucho, llegó un momento en que me "deschiché". Cuando estuve en el hospital... ¡Uta!, verte en el espejo, dejaba la almohada toda llena de pelos, horrible, impresionante. Eso te afecta mucho... mucho... empiezas a tomar cosas para engordar, para verte bien, pero llega un momento en el que tu físico te asusta y entonces es cuando te llega a dar miedo de verdad, inseguridad.

Los afectos supremos

Por el medio que me rodeaba, dudaba de Dios, además no te atreverías a confesárselo a nadie, está prohibido en el ambiente de la cultura hablar de él, si hablas de Marx está bien, pero tú no puedes ser mística; no se acepta. Cuando me enfermé, hubo un grupo de gentes que me ayudaron: psicólogos, médicos, humanistas, se hacían llamar El Castillo del Unicornio y... manejan seminarios y una serie de cosas, ellos me recibieron sin pedirme nada, hablaron conmigo, me dieron el afecto que yo necesitaba, me aceptaron todos, hombres y mujeres, me abrazaban, no les importaba comer de mi plato y empezaron a hablarme de metafísica, en un principio no creía nada, comenzaron a hablar de otras cuestiones que yo no creía, me parecían fanáticos pero me sentía bien y empecé a leer algunas cosas, tuve experiencias psicológicas en ese tiempo y otras a nivel espiritual muy fuertes... Todo eso me llevó a cuestionar mi posición intelectualoide, empecé a dudar, a pensar que podía tener prejuicios que me impedían ver, oír y sentir cualquier otra cosa que no fuera lo que estaba preestablecido.

Ellos hicieron muchísimo por mí, en todos los sentidos, me regalaban libros, me ponían música, carteles animosos, me llevaban regalos sin conocerme realmente, me alivianaron mucho.

La medicina

Uno de los problemas más graves que puede tener un enfermo que no sabe que es lo que tiene es: cómo le das la noticia, tú no le puedes decir a una persona, por más que sea cierto, que se va a morir en equis días y así me lo hicieron saber a mí. Yo me quedé paralizada, cuando reaccioné mi reflexión era: ... bueno pues cuánto me

queda de vida... pues seis meses, así secamente. Inmediatamente lo asocié con la muerte, todo el mundo dice que el SIDA es incurable, no hay alternativa, el SIDA es muerte.

Me entró un rollo suicida, el problema fue cómo me dieron la noticia, ni siquiera pude llorar, estaba bloqueada, me confié a todo tipo de médicos, el alópata me dio su medicina, el homeópata me llenó de chochos y otras cosas, otro médico acupunturista me sometió a tratamiento... llegó un momento en el que estaba tomando cuatro tratamientos diferentes, a todo mundo le hacía caso, hasta con brujos acudí, y yo con mis dudas dije: a entrarle, me tengo que curar, tengo que creer.

En el hospital de Monterrey los enfermeros no entraban porque tenían miedo de contagiarse, entonces, supuestamente usaban tapabocas, batas, gorros, guantes... te tratan como si fueras una apestada, a las enfermeras no les gustaba entrar porque como te tienen en la sección de infectología, se tenían que estar vistiendo cada vez que te visitan... las ventanas son de vidrio transparente, estás como conejillo, toda la gente sube y te ve, los cuartos son asquerosos, el camastro era como de 1921, de fierro, como para desahuciados, te encierran, el argumento es que las personas de fuera te pueden transmitir otros virus y es cierto. Sin embargo, el hospital está sucio y es retrógrado; lo más nuevo en equipamiento, computadoras, aparatos, etc., pero el servicio médico está para llorar, la comida es mala, no te dan cubiertos... yo trataba de hacer algo, sentía que los otros enfermos eran de mármol, yo soy güerita y eso me ayudó un poco.

Las enfermeras hacen muchas preguntas morbosas, te preguntaban:

—¿Tienes hijos?

—Sí.

—¡Ah! Así como diciéndome "Pobrecitos, los va a dejar huérfanos".

—Y... ¿Tiene marido?, ¿Cómo fue que se enfermó?, etc. El trato es como si se estuvieran refiriendo a sentenciados a muerte, horroroso, de verdad traumático.

Las falsas soledades

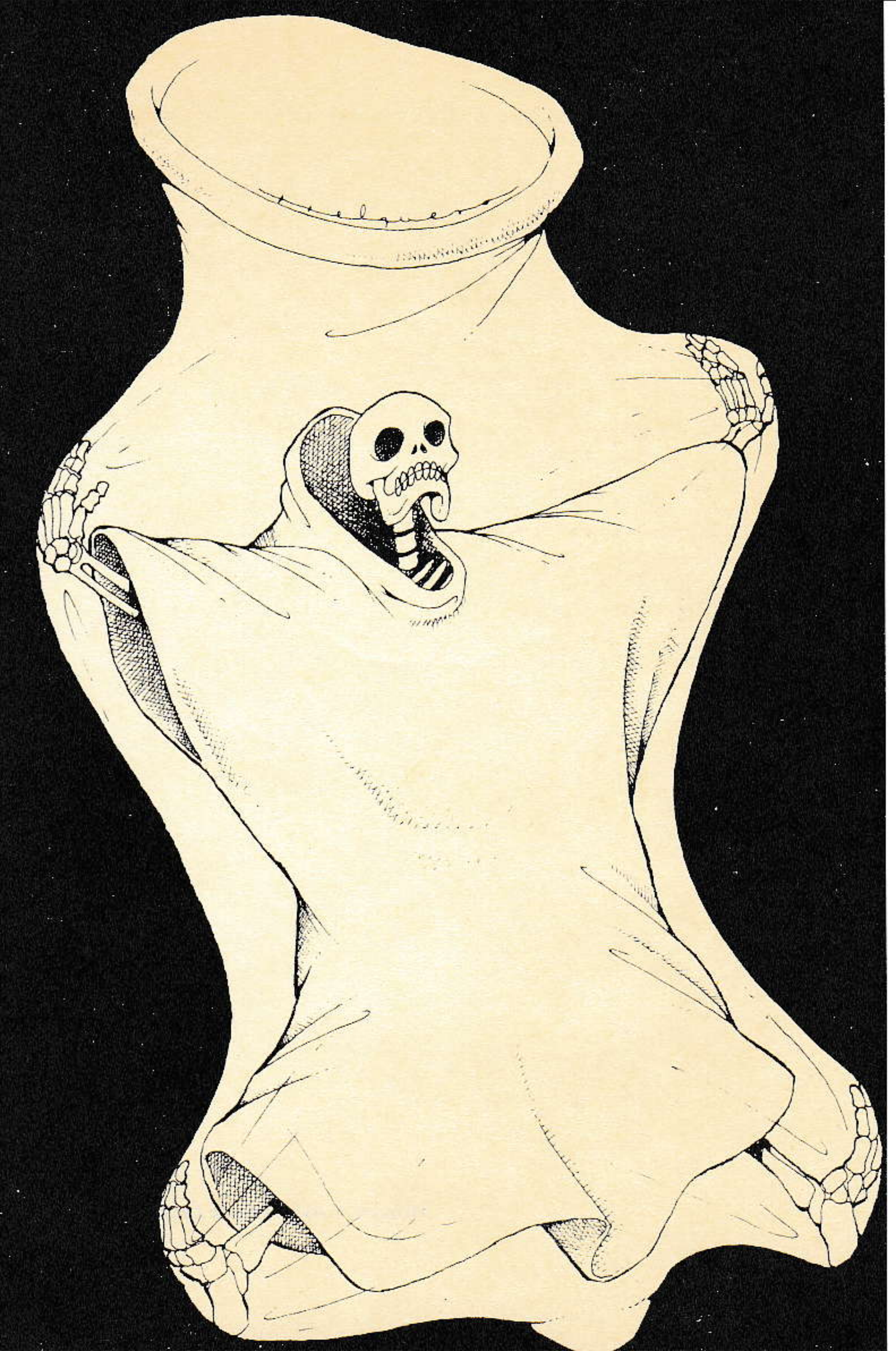
La gran mayoría de las personas que me están ayudando no saben lo que tengo, les he dicho que tengo otra enfermedad, no les he querido decir nada. Hay algunas personas que sí lo saben, en especial un amigo súper solidario, maravilloso. El me ha brindado un afecto muy necesario, tiene mucha calidad humana y eso me ha da-

do fuerza, todos los enfermos deberían estar rodeados de cariño y su familia debería de ser como ha sido la mía, no me han dejado sola, están ayudándome como mis hijos, todo el tiempo me dan ánimos. Uno entiende muchas cosas cuando está así, hay una sensibilidad especial, aprendes a ver el trasfondo de las personas, de lo que sienten, muchas cosas yo las percibí antes de que me las dijeran.

Ahora que tengo más definido que voy a hacer con mi vida —la que tengo—, pues quiero producir cosas, se que me debo a los demás, que he recibido muchísimo de mucha gente; unos que lo saben y otros que no, yo quiero hacer algo por los demás, y me gustaría que todos tuvieran una especie de fraternidad.

En cualquier enfermedad una gente que quiere vivir, vive; una persona que no enfrenta la debilidad. el desamor, la desatención; que no enfrenta todas esas cosas que uno siente en el hospital, —aunque a veces tengas el servicio adecuado— se muere; se muere antes de tiempo, te dejas conducir, te mueres muy fácilmente. Cuando siento mucha debilidad M-E L-E-V-A-N-T-O con mucha rabia, me meto al agua, me raspo la piel con el estropajo, me arreglo bien, me pongo a cocinar y me saco ese dejarse ir y empiezo a decirme fuerte estoy bien, es una lucha cuerpo a cuerpo contigo misma y con tu mente y espíritu contra el virus. VOY A SALIR ADELANTE, tengo que salir, estoy luchando para ganar.

noviembre de 1987



Helguera. Caricaturista de *La Jornada*.

EL SIDA ES MAS QUE UN CHISTE DE OFICINA

rosamaría roffiel.

Para Ricardo, Mercedes y Francisco.

Ninguno nos conformamos con la idea de que Patricio va a morir. Ahora, le descubro por primera vez la muerte alrededor de los ojos mientras platicamos sentados en el sofá de la casa que él y Gonzalo tienen en el sur de la ciudad. Desde la puerta entreabierta vemos el jardín con la fuentecita de piedra y a los niños con sus triciclos y sus nanas. Es una mañana de sol, una mañana optimista. "Saldré adelante", dice Patricio. "Aún tengo cosas pendientes por acá".

Es un hombre gentil. Barba corta, ojos aceitunados, nariz judía. Un profeta de porcelana. Sobre todo a raíz de la enfermedad. Le salieron ojeras, se puso más pálido que de costumbre, se le apergaminó la piel. Primero tuvo catarro, y tos; después, bronquitis. Transcurrieron semanas, meses, médicos. El susto fue cuando empezó a perder peso. Entonces lo internaron en el hospital.

Le abrieron el pecho para alcanzar sus pulmones. Veinticinco puntos embarrados de merthiolate. La biopsia fue implacable: tuberculósis, "algo más, aún no muy claro", informaron los doctores. Hubo que hacer otros análisis. Aislar el cuarto. Entrar con tapabocas. No besar al enfermo. No tocarlo. El exilio.

Patricio se demacraba por minutos. El dolor le daba de patadas. La tristeza se le fue fijando en la carne, se apoderó de su semblante, de sus movimientos, de él mismo. Gonzalo permanecía a su lado. Pidió permiso en el trabajo. Llevan tres años viviendo juntos. El y Consuelo, la madre de Patricio, se turnaron para cuidarlo.

Un miércoles, días después de la biopsia, Patricio anunció por teléfono:

—Bambina, tengo SIDA.

—No tuve tiempo de ahogar mi grito, ni de disimular mi silencio posterior.

—¡Bambina... háblame!

Desde lejos, me oí preguntar:

—Patricio, ¿qué vas a hacer?

—A esperar... pero sólo un poco. No pretendo morir desesperado.

—¿Qué estás pensando?

—Que le preguntes a alguno de tus amigos psiquiatras qué pastillas tomar y en que dosis.

—Te lo prometo.

Esa mañana fue otra mañana. Distinta a las vividas a lo largo de mis casi treinta años. SIDA. Está de moda. Los periódicos hablan de ello. También la tele. Hasta el radio. Es un tema para sacarle jugo. Los jueces de siempre lanzan su veredicto de siempre: "Son unos perversos. Es como un estigma. Como traer una marca en la frente. No hay que darles ni la mano. Están condenados. Van a morirse todos". ¿Todos? No sé, ¿Pero Patricio? El tiene nombre, cara, historia. Es mi amigo, no una cifra ni una fotografía en blanco y negro. ¿Todos? ¿Patricio también?

Primera llamada a una amiga psiquiatra.

—¿Estás loca? ¿Cómo te vas a echar tamaña carga encima?

Segunda llamada a un amigo psiquiatra.

—Estás loca. La culpa se te va a pegar para siempre.

El resto del día me debatí entre cuál culpa asumir; la de compartir con Patricio su muerte, o la otra, por dejarlo solo. Hice una tercera llamada.

—Lo siento. Solamente averigüé que es una tarea íntima.

—Entiendo, Bambina. No hay bronca, deveras.

A partir de ese miércoles, el SIDA se convirtió en el tirano de Patricio. Su tiempo comenzó a disolverse en instantes que a veces no sabía cómo llenar de vida, o cómo vaciar de muerte, porque su cuarto en el hospital no era precisamente hospitalario, porque las enfermeras no eran Florencia Nightingale ni los médicos lo que Hipócrates esperaba. "¿Desde cuándo es usted vicioso?" "¿Por qué no vive con sus padres?" "¿Con qué frecuencia mantiene relaciones contranatura?" Patricio amarraba el llanto, endurecía la mandíbula, aguantaba el dolor y la humillación como pedazos de roca enterrados.

—¿Que se hace en estos casos, Bambina? ¿Se atiene uno a su destino, o lucha contra él?

—No sé. A lo mejor primero debemos entender.

—¿Entender que, Bambina?

—Nuestro destino.

—El mío es una esfinge.

—El de todos.

—El mío es la muerte de tú a tú, por dignidad.

Cuando salió del hospital no fue directo a su casa. Quiso pasar por los viveros de Coyoacán. Llenarse de verdes, de barro. Lo acompañamos Gonzalo y yo. Por primera vez en varias semanas, Patricio hablaba animado. "Seguro es una equivocación. En el trancurso de la semana me llamarán para avisarme del error". "Claro, eso es, ya verás", mentíamos nosotros.

Mientras recorríamos los caminitos formados bajo los árboles, Patricio ensanchaba la nariz para dejar pasar más aire, "Eso, oxígeno y una buena alimentación es lo único necesario para combatir cualquier mal. Tal vez un poco de ejercicio, cuando tenga fuerzas". Convencido, se recargó más sobre mi brazo y el de Gonzalo. Yo hacía esfuerzos desesperados para tragarme las ganas de llorar. Recosté mi cabeza sobre el hombro de Patricio; él y Gonzalo se miraron a los ojos y sonrieron callados.

La casa lo recibió bien. El sofá de madera viejo que habíamos ido a comprar en bola hasta Puebla, los bancos transformados en jardineras, el jarrón art nouveau descubierto por suerte en la Lagunilla. Ahora, aquí sentados, arrullados por Albinoni, Patricio insiste: La belleza es importante, Bambina. Hay que rodearse de ella". Entre nota y nota hablamos de pintura: Es su debilidad. Su sueño, colgar un Picasso en su recámara.

Lo miro. Debe haber sido un niño hermoso, sumamente sensible. Seguro le tenía miedo a la oscuridad. No sé, nunca se lo he preguntado. Casi diez años de ser amigos y no saber esas cosas... A Patricio adulto lo conozco. Perfeccionista. Leal. Cuidador de sus afectos. Respetuoso de los ritos: el té los domingos, el año nuevo. Más que nada la amistad. Eterno dispuesto a acompañar, a conseguir el mejor marco para un cuadro, a vender sus cosas en los momentos de crisis y alivianar así a los amigos. Su amante más querida es la puntualidad. "Ay, Patricio, ni pareces mexicano", surge frecuente nuestro reclamo.

También callado. "Hay que callar para entender", explica cuando nos quejamos de su silencio. Nunca está satisfecho de su vida. En cuanto consigue eso buscado durante un tiempo, va tras algo nuevo: un trabajo, otro proyecto, un viaje. Por él, se la pasaría viajando. "Seguro fue en Nueva York. Ese gringo que me ligué en el Black & White. ¡Carajo! La aventura más cara de mi vida".

Sin decirle a Patricio, leemos ávidos cualquier noticia sobre el SIDA, ¿La peste, la plaga, epidemia maldita? ¿Castigo divino, ven-

ganza de la naturaleza? Ninguno lo creemos. Pero una cosa es cierta, Patricio tiene SIDA, se va a morir, y nosotros, sus amigos, no podemos impedirlo. Lo llamamos a diario. ¿Cómo amaneciste? ¿Qué tal pasaste la noche? ¿Sientes alguna mejoría? Pero no, el mal avanza, tal y como los médicos advirtieron.

También esperamos. Vivimos pendientes. Nos metemos cada noche a la cama con la rabia y el miedo como única cobija. Nos despertamos mirando de reojo el teléfono. Patricio lo habló con cada uno. A Consuelo le costó más trabajo aceptar.

Por estar cerca de Patricio nos olvidamos de Gonzalo. De sus temores. De sus dudas. Desde que esto empezó se ha vuelto más taciturno. Seguido le descubro la mirada húmeda, puesta en un horizonte que solamente él parece ver. Una noche, comentábamos la deserción de amigos, la solidaridad de las amigas, lo frágil que es la vida. Hablamos de nuestro descubrimiento de que, del SIDA, lo más contagioso es el miedo "sí, un miedo que lleva a olvidar lealtades", de nuestros esfuerzos por no sentirlo. De pronto se cubrió el rostro con ambas manos. Con una voz nueva, me confesó: "Hay dos partes en mí, una que me grita, Corre, vete de aquí y no vuelvas nunca, y otra que me dice, 'No lo abandones' ".

Patricio toma cinco cajas de Bactrim por día. Su estómago no soporta siquiera los caldos desgrasados y los purés que Consuelo le prepara desde la noche anterior y le pasa a dejar, corriendo, antes de ir a su trabajo. Comenzó a vomitar desde el martes, a tener náuseas, a no tolerar ni comida ni medicamentos.

Es jueves. Lo llamo insistentemente. Contesta la grabadora. Como un zumbido me cruza el pensamiento de que, cuando él muera, su voz seguirá ahí. Al anochecer corro al hospital. Me detengo agitada ante la puerta de cristal. Hora de visita: de tres a cuatro y media de la tarde. Son las ocho de la noche. No lo pienso, entro segura, hasta Urgencias. Pregunto. "Cama 106, pero ahorita ya no puede subir". Sí, claro, gracias". Por supuesto, no hago caso. Rápido, la escalera. Tranquila hasta el segundo piso. Directo al cuarto donde una placa anuncia: 101-106. La cama del fondo, junto a la ventana. Descorro la cortina percudida. Patricio duerme. Si no fuera por las burbujas del suero pensaría que está muerto. Tiene las manos sobre el pecho. El rostro plácido. La palidez impregnada. Me coloco a su lado, le acaricio las piernas, siento su delgadez, me espanta la violencia de sus rodillas, tan abruptas en ese paraje plano.

Pasan los minutos. De pronto, Patricio abre los ojos, sonríe.

—Qué hábil te viste, Bambina.

—Estaba preocupada. No sabía de tí, desde ayer.

—Vine a consulta, me advirtieron, "si se va es para morirse en su casa".

—Ah, luego no es cierto que quieras morirte.

—Morirme no, matarme sí.

—Siempre con la idea.

—Ahorita quisiera llorar

—Pues llora.

—¿Cómo se llora, Bambina?

—Piensa en lo más feo, lo más doloroso.

—Lo más doloroso es esto.

—Entonces llora.

—No puedo.

—Cuando te vengan las ganas, no las detengas.

—Nunca he sabido.

—¿Ni de niño?

—De niño sí, a escondidas.

—Llora en la noche, cuando te quedas solo.

—En las noches enloquezco.

—¿De miedo?

—Y desesperación.

—¿No duermes?

—No, porque entonces sueño.

—¿Qué sueñas?

—Que tengo SIDA, que voy a morirme.

—Patricio, la muerte es una decisión interior.

—El adentro siempre anda a tiempo con el afuera.

—Si lo decides deveras, te mueres.

—No puedo esperar. Mírame, cada día peso menos. Quiero ser persona todavía cuando muera. Quiero evitarnos mi agonía.

Callamos. Nos despedimos de lejos. El me dice adiós con la mano, como si se estuviera alejando en un tren. Alzo el brazo para contestarle, pero me resisto, doy unos pasos, inclino la cabeza y le dejo mi beso en una de sus rodillas.

Mientras bajo la escalera del hospital, llega la rabia, las ganas inmensas de sacudirle a manotazos la muerte, de abrir esa única ventana para que, por allí salga esta pinche desesperanza.

Son las tres y media de la tarde. Los amigos que aún venimos esperamos en el pasillo del hospital. Todos tan juntos, como cuando íbamos al cine, o a comer. Entramos de dos en dos. Consuelo y Gonzalo son los únicos que pueden venir a otra hora del día, hasta las ocho de la noche en que Patricio debe enfrentarse solo a sus demonios .

Cuando se van, me quedo con Patricio. Me siento al pie de su ca-

ma. No hablamos. Nos miramos con un entendimiento que rebasa las pupilas.

De pronto retira la sábana, levanta la bata blanca y me muestra la flor púrpura de su abdomen. Con él no caben los engaños.

—Cáncer de la piel, típico del SIDA.

No contesto nada. No sé qué decir. Me niego a expresar una esperanza que no siento en realidad. Se produce otro silencio. Es él quien lo rompe.

—Bambina, ¿qué caso tiene obstinarme en permanecer adherido a la vida, peleándola segundo a segundo, abrazándome a ella como si fuera la gran cosa?

Vuelve a callar. Retoma:

—Además, no quiero sentirme atrapado por el miedo a morir. Ya no más, Bambina, ya no más.

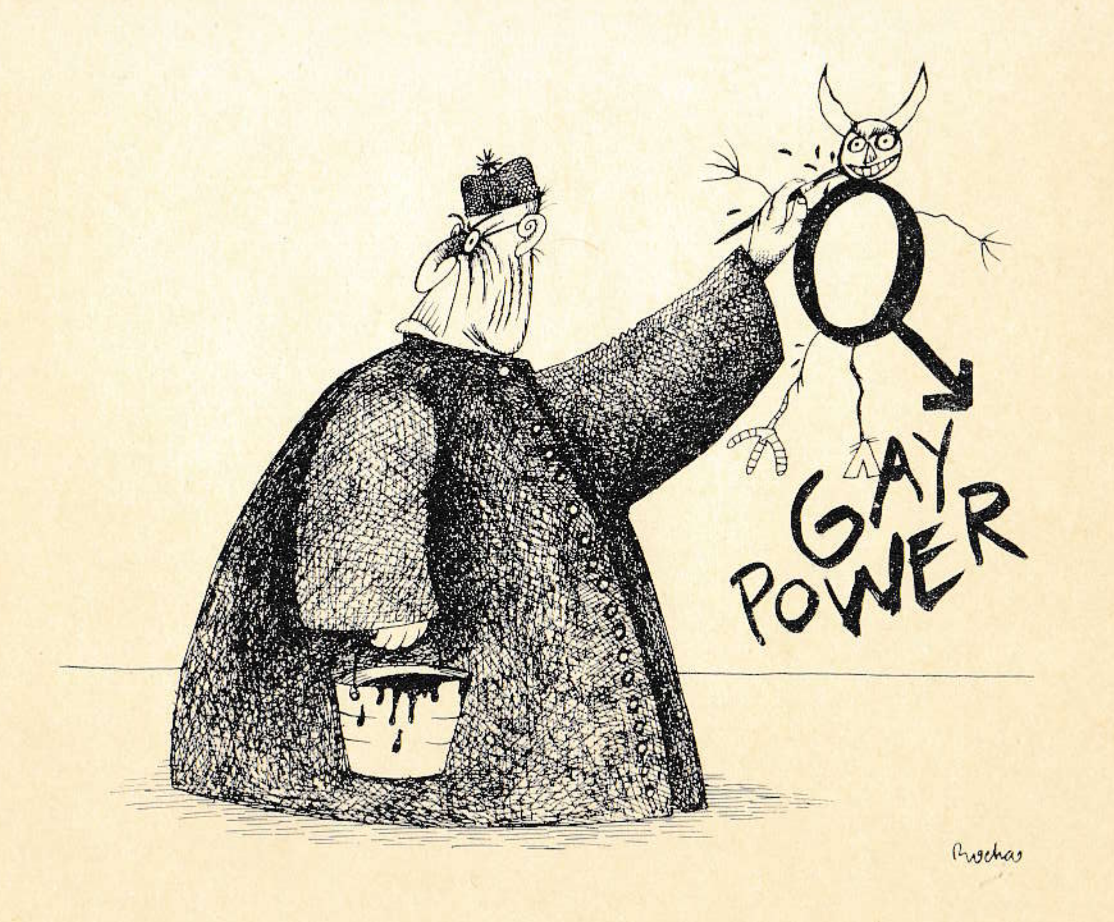
En el auto, rumbo a mi casa, le doy la razón. Todavía me envuelve nuestro abrazo prolongado, nuestra mirada cómplice, nuestro último beso. Recorro Insurgentes. Paso la esquina donde debo dar vuelta. Manejo hacía la carretera vieja a Cuernavaca. Muy pronto, me dejo llevar por los tonos del campo, y por la tarde que hoy decidió brillar tranquila. Como una neblina que desciende sobre un parque, me va inundando una melancolía por lo que ya no compartiremos, una paz interior porque se acabó la espera. No más amanecer agazapada por un sentimiento contradictorio de que, por favor, sea hoy, pero por favor, que no sea nunca.

Mañana, la vida será la misma. Este paisaje seguirá idéntico. La ciudad también. Como todos los días, tendré que levantarme antes de las siete, me pondré la ropa de siempre y tomaré el café de costumbre. A las nueve estaré entrando al trabajo. *Patricio, como quisiera saber rezar para rezar ahorita por tí.* Todo igual. Y los amigos volveremos a llamarnos para salir juntos. O quizás no nos veamos nunca para no tener que hablar de esto. Y Gonzalo se irá lejos. Y Consuelo se quedará, y tendrá que borrar la voz de la grabadora. *Patricio ¿en qué regiones te encuentras ahora?* A las seis en punto caminaré fuera de la oficina. Los gritos, las risas, los ruidos. No más permisos especiales para llegar a tiempo al hospital. Recuerdo la noche en que entré clandestina hasta el pie de su cama. Su sonrisa al abrir los ojos. *Patricio, ojalá que hoy sí puedas llorar.* Estas vacaciones iremos al mar, como hace tres años en Puerto Escondido. No sé porqué el mar hace que una se sienta tan sola. *Patricio, la soledad tiene sus reglas.* Me imagino que después será cosa de construir muros, de ir rellenando huecos, dejar que los meses pasen.

Ya no hay verdes ni azules ni naranjas que me consuelen. Es una

noche cerrada, una noche de luna nueva. Lástima que en la ciudad casi nunca se ven las estrellas. En cambio aquí, ¡cuántas! Ya pasan de las ocho. Debo buscar un retorno para volver. Debo llegar a casa, esperar la llamada. El aire se ha vuelto lento. Las lágrimas, a veces, que absurdas resultan. Las horas. que poco son.

Escrito en 1986. Entregado para su publicación en octubre de 1987.


GAY POWER

Rocha. Caricaturista de *La Jornada*.

DOS TENDENCIAS MORALES EN TORNO AL SIDA
Tradición y Modernidad

esperanza palma y estela serret

I

La aparición del SIDA como un problema de salud pública en esta década, afecta a la población de una enorme cantidad de países del orbe y en particular a los del llamado mundo occidental. A pesar de que sus efectos en algunas regiones de Africa son devastadores. Los efectos sociales y psicológicos que ha producido en occidente alcanzan tal magnitud que no parece exagerado atribuirles tanta importancia como a la enfermedad misma.

Resultaría ocioso repetir en este espacio los datos que nos hablan de la incidencia de la enfermedad en las llamadas *prácticas de alto riesgo*. Se ha dicho también suficientemente que cualquier persona que tenga prácticas de alto riesgo, está en peligro de contraer el virus. Esto, y el hecho de que una madre pueda transmitir el SIDA al niño durante la gestación, hace que prácticamente toda la sociedad se enfrente a la amenaza de contraerlo.

En México, los grupos homosexuales se han encargado de analizar cómo afecta el SIDA a la comunidad gay y cuál es la mejor forma de prevenirlo. Desde la Secretaría de Salud también se han organizado campañas para su prevención, dirigidas a la población en general.

En uno y otros foros se han hecho del conocimiento público las diversas medidas que pueden adoptarse para prevenir el contagio. En su conjunto, estas medidas pretenden generalizar la práctica del "sexo seguro".

Nuestro objetivo en el presente ensayo, es analizar cuáles son los efectos sociales que esta situación puede generar en el mediano plazo. Creemos que hasta ahora estos efectos se perfilan como diversos y contradictorios, debido fundamentalmente a que en nuestra

sociedad coexisten tendencias morales encontradas sin que hasta ahora logre aparecer una como dominante.

Por una parte, la liberación sexual no sólo transformó profundamente las expectativas de mujeres y homosexuales, sino que, en general, contribuyó a crear un ambiente de apertura ideológica que hizo más difícil la estigmatización de las personas por sus costumbres sexuales, su pertenencia a un determinado grupo étnico o religioso, su lenguaje, vestimenta o, en términos generales, por su distancia de la moral tradicional. Este fenómeno global se registró como un "boom" ideológico que hizo pensar a muchos que la tolerancia había recorrido, a la par de la modernización, un camino corto pero irreversible.

Por otro lado, la presente década ha mostrado la posibilidad de que esa tendencia sea revertida, cuando menos parcialmente. La llamada "era reaganiana" ha puesto de manifiesto que el creciente impulso modernizador puede también ir acompañado de un resurgimiento de los valores más conservadores. En EUA no sólo se han orquestado (desde el gobierno y la sociedad civil) impresionantes campañas contra la prostitución, la drogadicción y el homosexualismo; también se han revigorizado las actitudes racistas que tienden a segregar sobre todo a negros y latinos y enaltecer en cambio las cualidades sajonas.

Ambas tendencias morales ocupan un espacio importante en la ideología social; es posible que la aparición del SIDA sea determinante para que una de ellas resulte triunfadora.

Por ello nos interesa el origen y el carácter de las tendencias en juego, apostar sobre la fortaleza actual de cada una y pensar, en términos politicos, cómo enfrentar de la mejor manera el problema que nos ocupa

II

Para muchos autores la profunda transformación de los valores, las costumbres y la ideología del mundo occidental que comenzó a ser visible a partir de la década de los 50's responde a la conjunción de dos fenómenos: el espíritu de la posguerra, que expresaba la sed social por un mundo político tolerante y libertario, que se presentáse como una alternativa a los horrores producidos por el autoritarismo, y por otro lado, el avance del proceso modernizador en todos sus aspectos.

De cualquier modo, resulta evidente que a finales de los sesentas

la tranformación aludida se hacía presente en todo el mundo occidental. Los síntomas de esta presencia se observaron claramente, sobre todo, en la participación política de sectores antes marginados de esta actividad, que imprimieron a las formas y contenidos de sus luchas un sello peculiar e innovador.

En efecto, no sólo resultaba novedoso que la juventud reivindicase su derecho a tomar parte en las decisiones políticas y a ser reconocida como un sector social digno de respeto, también las formas que utilizaron para expresar estas demandas fueron desusadas y originales. Al exigir ser tomados en cuenta los jóvenes se construyeron un rostro político y una personalidad singular quizá por primera vez en la historia. El empuje de la participación política de la juventud se dejó sentir básicamente en las profundas transformaciones en el lenguaje, la música, la vestimenta; le gustase o no a los sectores conservadores de la sociedad, estos elementos trazaron una línea de demarcación entre el mundo de los jóvenes (fresco, nuevo, abierto, libre, reformador) y el de la gente de cualquier edad que se resistía a admitir el cambio (intransigente, amargada, atrasada, autoritaria), de tal modo que las costumbres impuestas por la juventud comenzaron a ser socialmente consideradas como las más aceptables, mientras que aquellos sectores que tradicionalmente sirvieron como ejemplo de conducta, encontraron que sus valores eran repentinamente considerados en términos peyorativos.

La contribución del movimiento feminista a esta transfiguración cualitativa de los valores morales, es definitiva.

Al igual que en el caso de los jóvenes, el movimiento político de las feministas resultó un fenómeno nuevo. Por supuesto que, al contrario del ejemplo anterior, ésta no fue la primera experiencia de las mujeres en política; bajo diversas formas y en distintas épocas y lugares, hubo movimientos de mujeres que antecedieron al feminista, pero ninguno llegó a tener su profundidad, sus alcances ni sus repercusiones. Intentaremos resumir los planteamientos que resultan más importantes para ilustrar el tema que desarrollamos.

El movimiento por la liberación de la mujer, contemporáneo del movimiento estudiantil, consigue también problematizar lo que antes fueron verdades indiscutibles. Las feministas lograron cuestionar, desde las eternas ideas sobre la inferioridad ''natural'' (intelectual, física y moral, como diría un autor citado por Virginia Woolf) de las mujeres con respecto a los hombres, hasta las repercusiones que estas mismas ideas tienen en los roles sociales que se asignan a ambos sexos, argumentando que estos roles se derivan en forma natural de lo que la biología ha determinado previamente.

El que concepciones como éstas lograsen ser cuestionadas por

primera vez en miles de años, debe hacernos pensar que no pueden considerarse irrelevantes los efectos del feminismo sólo por confirmar que los esquemas ideológicos patriarcales siguen siendo dominantes en nuestras sociedades, pues el mero hecho de haber logrado introducir fisuras importantes en estos esquemas nos da cuenta de una amplia transformación en el modo y las perspectivas de vida de un número creciente de sujetos de ambos sexos.

La influencia social del feminismo en sus vertientes teórica y política, es tan evidente que hoy resulta dificil encontrar, incluso en México, alguien con una escolaridad media que se atreva a defender abiertamente sus ideas sobre la inferioridad femenina, aunque en su fuero interno siga considerándolas adecuadas. Incluso los sectores más conservadores tienen que emplear muchas energías para justificar la necesidad de que las mujeres asuman como sagrado su papel de madres y esposas.

Sin embargo, para el tema que nos atañe, las repercusiones sociales más importantes del feminismo tienen su origen en la discusión de sus tesis sobre la sexualidad.

En efecto, la llamada revolución sexual marcó el inicio de una nueva era donde las mujeres comenzaron a cambiar su concepción de sí mismas, la sociedad también empezó a variar su criterio sobre los roles femeninos, y en términos generales, se revaloró la sexualidad.

Esta revaloración se logró en gran medida por la vía de terminar con el tabú que presenta a la sexualidad como un tema del que "no se habla".

Las feministas hicieron pública la discusión sobre diversos problemas sexuales, y esta discusión propició investigaciones que echaron abajo sólidos mitos, con frecuencia sostenes argumentativos de quienes afirmaban la inferioridad femenina. Se reivindicó el derecho de las mujeres a gozar una vida sexual placentera como parte fundamental del derecho a decidir sobre el propio cuerpo y el propio destino.

El movimiento gay está íntimamente ligado a este último punto; demanda el cese de la marginación social y la persecución a homosexuales enarbolando un argumento decisivo, esto es, el de la elección del objeto sexual, planteada precisamente como una opción del individuo y no como una respuesta obligada a una ley natural, religiosa o moral.

La enorme difusión social que tuvieron estos planteamientos posibilitó que la moral tradicional dejara de ser patrón fundamental para establecer las normas sobre comportamiento sexual.

Por su parte, las minorías raciales en EUA y Europa occidental

constituyeron también un movimiento político importante que no sólo logró impulsar reformas legales antirracistas; también, como los otros movimientos, propició un clima social más tolerante. Si bien es cierto que no pudo derrotarse por completo al conservadurismo, también lo es que la discusión logró vencer muchos mitos por el camino de hacerlos cotidianos.

En México, en un contexto donde los valores tradicionales han predominado sobre los efectos de la modernización, los movimientos estudiantil y feminista dejaron también una huella profunda.

Del 68 para acá, los valores de un porcentaje importante de mujeres mexicanas han variado ostensiblemente. En la actualidad, un amplio número de mujeres jóvenes —y no sólo pertenecientes a sectores medios o intelectuales— muestran un considerable distanciamiento respecto a la ideología tradicional; la manifestación más evidente de ello es la actitud que asumen frente a su propia identidad sexual.

En efecto, estas ''nuevas mujeres'', que en México pueden localizarse sobre todo en las grandes ciudades, manifiestan la necesidad de disfrutar plenamente su sexualidad y de hacerlo con parejas múltiples, esto es, excluyendo la idea de la monogamia o de la reducción del sexo al amor.

Esta primera tendencia moral de la sociedad (que puede calificarse como liberalizadora, progresista o tolerante) no ha permanecido en la sombra desde la aparición del SIDA. Por un lado ha dejado sentir su influencia en la respuesta organizada y consistente de los diversos grupos afectados, particularmente del movimiento gay y en las reacciones positivas de numerosos sectores sociales ante esta organización.

Por otra parte, se ha visto fortalecida en algunos aspectos a partir de que el SIDA se convirtió en un problema de salud pública.

En efecto, es fácil observar que, aunque la campaña del Estado mexicano para prevenir el SIDA ha resultado limitada e insuficiente, las ocasiones en que las autoridades de salud se han referido al problema se han distinguido por hacerlo con un lenguaje claro y abierto, haciendo mención de prácticas y órganos sexuales en medios de difusión que siempre consideraron la utilización de estos temas y lenguajes como un tabú.

Desde el Secretario de Salud hasta los ciudadanos comunes, participan con frecuencia creciente en una discusión publica sobre el SIDA, lo cual significa que se generalizan progresivamente las discusiones sobre la sexualidad.

Esta rápida revisión de las formas en que la tendencia progresista ha actuado ante la aparición del SIDA, no puede ayudarnos a pre-

decir cómo evolucionará en el mediano plazo esta corriente. Todo lo que podemos afirmar es que el riesgo de que se vea ampliamente superada por la tendencia conservadora es real y podría tener consecuencias políticas muy peligrosas. Para estar en posición de aventurar cuáles seríanéstas, procederemos a esbozar los rasgos más generales de la segunda tendencia.

III

En la década de los ochenta emerge una tendencia político-cultural que parece poner en entredicho algunos de los avances logrados por los movimientos sociales de la posguerra. Hemos podido presenciar un ascenso de la derecha a nivel mundial que ha tenido como contraparte el repliegue de las fuerzas progresistas y el fracaso de las políticas de izquierda. En varios países se han revitalizado las posturas llamadas neoliberales que se han traducido en prácticas estatales de corte privatista (como ha sucedido en nuestro propio país) y en una moral social que exalta los valores del individuo, la familia e incluso, la sexualidad tradicional. Este fenómeno ha implicado, en muchos casos, dar marcha atrás a algunas conquistas culturales de los movimientos progresistas de los sesentas. El caso más claro que tenemos de este fenomeno es el de los Estados Unidos. Con el ascenso del reaganismo, este país ha sufrido un cierto retroceso que se ha expresado en algunas políticas restrictivas a los homosexuales, en la marcha atrás de conquistas feministas; en movimientos racistas y puritanos como el WASP (whit-anglosaxon-protestant) y algunas manifestaciones de antichicanismo.

En un ambiente poco favorable a los llamados grupos marginados el descubrimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, viene a reforzar esta moral social conservadora. Con la aparición del SIDA los sectores conservadores han encontrado un argumento idóneo para cuestionar la sexualidad que se aleja de los patrones tradicionales y muy particularmente la homosexualidad. Sin temor a exagerar, podemos afirmar que el efecto más notorio del SIDA a nivel cultural ha sido el reforzamiento de los mitos antihomosexuales y que en este sentido, los más afectados en términos ideológicos han sido los grupos gays.

Entre los efectos concretos que el SIDA ha tenido a nivel político-cultural, podemos ennumerar los siguientes:

1. Falsas interpretaciones de la enfermedad que ponen en evi-

dencia los prejuicios sobre la homosexualidad y en general, el rechazo a la sexualidad no tradicional. Han surgido desde versiones religiosas que ven al SIDA como un castigo divino a las personas que se han alejado de la moral cristiana, hasta aquéllas, más sutiles, que lo ven como una consecuencia lógica de las prácticas sexuales "anormales".

2. Entre ciertos sectores se ha establecido el amarillismo, en gran parte como consecuencia de la desinformación sobre la enfermedad. Así, abundan los mitos alrededor de la manera en que se transmite el SIDA: por la saliva, la orina, por el simple contacto con la mano, etcétera. Esto ha dado lugar a una "paranoia desatada": hay quienes han llegado, como en EUA, a tener miedo de acudir a baños públicos, restaurantes, salones de belleza, etc. Cabe señalar, que en esta campaña de desinformación han jugado un papel importante las revistas de tradición amarillista (con un alto tiraje en nuestro país) que, al presentar versiones totalmente falsas de la enfermedad, satanizan y ridiculizan a los homosexuales. Este tipo de revistas evidentemente tienen un impacto sobre sus lectores que difícilmente contribuye a conformar un ambiente de tolerancia y respeto a los homosexuales.

3. Algunas políticas impulsadas desde ciertos gobiernos estatales han mostrado un claro corte discriminatorio que viola los derechos ciudadanos de los homosexuales. En los estados de Yucatán y Veracruz de nuestro país, presenciamos medidas persecutorias tales como el cierre de los bares y centros de reunión gay. Cabe añadir, que estas disposiciones fueron ordenadas por los gobiernos estatales en gran medida por la fuerte presión que algunos sectores de la población estaban ejerciendo, lo que prueba que al menos en algunas zonas del país se ha reforzado una moral conservadora a raíz del descubrimiento del SIDA. Si esta tendencia conservadora se fortalece en el marco del fenómeno social provocado por la aparición del SIDA, tenemos razones para temer que propicie el reforzamiento de algunos problemas:

—Por una parte la reacción antihomosexual, que de hecho ya existe, podría recrudecerse y generalizarse provocando serios efectos políticos en un sentido autoritario.

—Por otro lado, la necesaria modificación de algunas prácticas sexuales con el fin de prevenir la enfermedad podría llevarse al extremo de anular los importantes triunfos que la libertad sexual había logrado sobre la moral tradicional.

Hemos mostrado hasta aquí los caracteres predominantes de dos órdenes ideológicos. Potencialmente cualquiera de ellos puede dominar al otro en un futuro próximo, pero hasta ahora ambos coexisten en una relación de fuerzas en la que es difícil identificar un ganador. Procuraremos en seguida plantear algunos de los problemas aledaños que emergen de esta tensión ideológica en el marco general del "fenómeno SIDA".

IV

Desgraciadamente, no contamos hasta ahora con tratamientos curativos para el SIDA ni con vacunas que ayuden a su prevención. Nuestra única arma contra el mal es, por el momento, evitar colocarnos en situaciones de contagio o transmisión. Por ello, se impone promover la transformación de algunas prácticas sexuales.

No podemos caer, definitivamente, en actitudes irresponsables que simplemente hacen caso omiso de la existencia del mal. Debemos reconocer que el SIDA exige un mayor cuidado de nuestros cuerpos y que en este sentido, debemos adoptar algunas de las indicaciones que se han dado oficialmente para evitar el contagio de la enfermedad, hasta que no se descubra algo para curarla. Nos preocupa, eso sí, que se caiga en extremos tales como la monogamia, pensando que es la única manera de no contraer el SIDA. Sin embargo, *es el método más seguro,* pero implica vivir tradicionalmente la sexualidad y es evidente para muchas personas que ésta no constituye una alternativa atractiva. Creemos que es posible tener varios compañeros sexuales siempre y cuando se tomen las debidas precauciones como el uso de preservativos. También es recomendable evitar al máximo los encuentros casuales, es decir, con personas totalmente desconocidas, y si se tienen, tratar de eliminar los juegos eróticos de alto riesgo y definitivamente usar condones.

Cabe preguntarse, ¿hasta qué punto se estarán adoptando estas medidas, sobre todo por lo que hace a los antiguamente denominados "grupos de alto riesgo"? Difícilmente se puede dar una respuesta, entre otras cosas, porque no contamos aún con estudios precisos que nos proporcionen información al respecto.

Tenemos, sin embargo, algunas hipótesis (seguramente muy discutibles) acerca de los posibles cambios de actitudes frente a la sexualidad. Por lo que se refiere a los así llamados "grupos de alto riesgo", (excluyendo obviamente a drogadictos y hemofílicos) quisiéramos plantear lo siguiente:

Las prostitutas no están en condiciones de tomar las precauciones mínimas para evitar el contagio. No podemos imaginar de qué manera una prostituta podría obligar a sus clientes a usar preservativos, o cómo podría eliminar los juegos eróticos de alto riesgo. Evidentemente, en el ámbito de la prostitución se establece una relación de poder en la que la prostituta ocupa un lugar de subordinación que le impide imponer condición alguna.

Por lo que se refiere a los homosexuales, el problema es más complicado. Si no están tomando las debidas precauciones para evitar el contagio, puede deberse a diversas razones. Existe, sin duda, un problema de falta de información en la medida en que las campañas anti SIDA, que ha echado a andar el gobierno, son insuficientes; sin embargo, es ya parte del sentido común conocer algo sobre el SIDA; al menos se sabe que existe, que se contagia fundamentalmente por vía sexual y que ataca de manera prioritaria a los homosexuales hombres. Si no se toman precauciones es más bien porque una tendencia generalizada a creer que el peligro o la muerte son reales sólo si afectan a los demás. Este fenomeno puede tener relación con los mitos que todos tenemos sobre nuestro propio cuerpo. Existe una especie de pensamiento superticioso que nos hace creer que somos inmunes a enfermedades y peligros; y casi siempre actuamos bajo este supuesto.

A esta creencia, que es parte constitutiva de todos los sujetos, se agregan las propias tradiciones de la cultura gay; elementos que ya tienen que ver propiamente con la identidad homosexual que posiblemente obstaculicen la conformación de actitudes tendientes a evitar el contagio del SIDA. Así, al parecer, los encuentros casuales y las múltiples relaciones con distintas personas son parte esencial de la forma de vida gay.

Es posible que entre la población heterosexual se estén tomando mayores precauciones. Y no porque se carezca del pensamiento supersticioso al que hacíamos referencia anteriormente, sino el pánico normal a la enfermedad mortal se agrega que el SIDA está relacionado de alguna manera con la homosexualidad, por lo que se multiplica el miedo. De cualquier manera todavía está por verse si entre la población heterosexual realmente cambiarán las prácticas sexuales, obviamente entre aquéllos que no tenian una sexualidad tradicional. Por último, quisiéramos, hablar de las mujeres. Al parecer las mujeres homosexuales no tienen, prácticamente, riesgo de contagio. El problema fundamental es para las mujeres heterosexuales que fácilmente pueden ser contagiadas. Para ellas, el SIDA implicará, hasta que no se descubra un remedio, el abandono parcial de una sexualidad libre.

Nos gustaría insistir, finalmente, en la urgente necesidad de intensificar una campaña anti SIDA que concientice a la población. Una campaña que no sólo difunda información acerca de lo que es la enfermedad y los métodos para prevenirla, sino también que trate a toda costa de eliminar los mitos antihomosexuales y en este sentido, que contrarreste la tendencia de la moral conservadora y su interpretación sobre el SIDA. Si no se intensifica una campaña ideológica en este rumbo, la tendencia conservadora podria ir ganando terreno y a la larga tendría efectos muy negativos sobre los avances culturales logrados por los movimientos progresistas de las posguerra. Grupos feministas, organizaciones gays e instituciones estatales, tienen la obligación de difundir una versión de la enfermedad y de impulsar (sobre todo el Estado) una campaña intensiva que aproveche la influencia social de los medios de comunicación.

noviembre de 1987

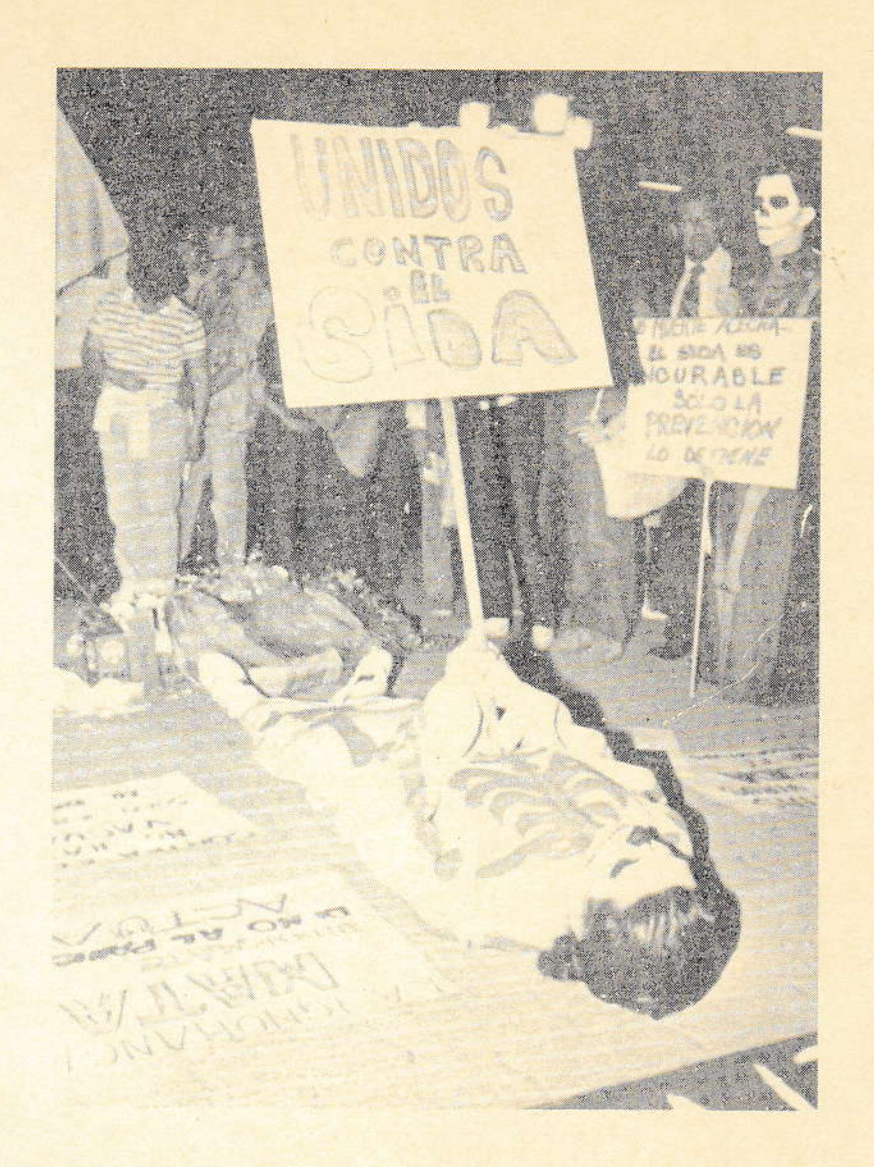

UNIDOS
CONTRA
EL
SIDA

Foto de Fabian Marquez.
Archivo de *El Universal*

EL SIDA ¿CUARTELAZO A LA REVOLUCION SEXUAL?

xabier lizarraga c.

"...la sexualidad debe residir por entero en el campo de lo visible".

Bruckner y Finkielkraut.

Los acontecimientos son algo más que una serie de sucesos. En los sucesos podemos, sin duda, descubrir innumerables detalles, aunque como tales se diluyen poco a poco: el cáncer es un acontecimiento, cuyos sucesos comprenden una relación sexual —con o sin placer—, una concepción, una gestación con sus dificultades inherentes— y un parto, así como formulación de preguntas, elaboración de expectativas y sensaciones de dicha, de frustración, de arrepentimiento, de ansiedad, de asombro, etc. Una revolución, cualesquiera que sean sus derroteros, es también un acontecimiento que imprime huellas más allá de sus sucesos anecdóticos.

Los acontecimientos a veces sólo modifican un devenir o trazan alguna ruta, otras veces generan propuestas, alternativas, y cimbran la existencia experiencial no sólo individual sino colectiva... aunque cada quien tiemble o ría en forma muy particular. Mientras que los sucesos se evaporan. Los acontecimientos, en cualquier esfera —personal o histórica—, permanecen en tanto que tienen un peso por sus significados polimorfos.

Los acontecimientos de 1968 —en todo el mundo, y por tanto en México— aún tienen resonancias: se significaron no sólo como revueltas más o menos escandalosas, trágicas, sino también como un descubrir y un recuperar... se gritaba mucho, aprendiendo a callar, y se buscaba silenciar mitos introyectados. Sin duda algo más que una movilización masiva, que no alcanzo a expresarse como una movilización de masas.

Concretamente en el plano de la sexualidad, muchas mujeres y quizás un más reducido número de hombres se preguntaron sobre sus anatomías deseantes, dudando de los dogmas de enseñanzas restringidas, así como de algunas instituciones históricamente opresivas: la monogamía forzada por contratos matrimoniales, la necesidad de un carácter reproductivo de la sexualidad, los roles estereotipados, la fidelidad sexual, los celos y la monotonía de numerosas coreografías eróticas, por ejemplo.

Entre otras movilizaciones hubo la de las mujeres que aprendieron a recordar su infancia sin las recetas acartonadas de los psicoanalistas institucionalizados: mujeres que no necesariamente son una Yocasta o una Electra. Hubo mujeres que se dejaron seducir por la aventura prohibida de ver en detalle y tocar sus propios cuerpos, que se propusieron aprenderse a sí mismas... algunas ademas, recordaron a las sufragistas y a otras voces libertarias que, como estallido o ráfagas, llegaron a levantar la voz o coordinar movimientos en épocas anteriores, *v.g.* en plena revolución francesa o en medio de la asfixia victoriana. A partir de 1968, muchas mujeres comenzaron a ver el espejo sus propios rostros y no los rasgos impuestos por *Vogue, Cosmopolitan* o por una tradición de mujeres que nacen sólo a partir de su propia maternidad.

Algunos hombres también descubrieron la caricatura que como máscara los cubría, detectaron en si mismos los gestos dolorosos de un machismo aprendido. Otros más reconsideraron las posibilidades sonrientes de una masturbación que habían relegado a sus escurridizas y mudas infancias. Se descubrieron también como un *yo* que puede implicar a *otro* preguntándose sobre el valor real o la ficción de unos celos prepotentes que vitorean una superioridad hueca.

A raíz de 1968 comenzaron a aparecer homosexuales —tanto hombres como mujeres—, que osaron decir en la calle sus deseos y sus preocupaciones, que ventilaron sus protestas y sus pasiones... y entre ellos hubo quienes recordaron las batallas decimonónicas y de principios de este siglo de un Benkert, un J. Henry Mackay o un Hirschfeld; dejando de lado la complacencia de un rubor urticante, las cautelas indigeribles del *closet* y la resignación fatalista ante el escarnio social.

De todo ello, de voces que brotan e inciden en la vida cotidiana emerge un movimiento, no siempre consciente, que busca liberar a la sexualidad de algunas de las limitaciones impuestas por discursos de larga tradición greco-latina y judeo-cristiana.

A finales de los 70's y durante la presente década, un nuevo acontecimiento sucede y remueve el vivir cotidiano: el SIDA, que

como padecimiento en sí, como *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* pesa por su significado médico, e influye incluso en el mirar. Desde una perspectiva puramente biológica, el SIDA se significa como un cuadro de alteraciones producido por la destrucción de las células T4 del sistema inmunológico, y la consecuente pérdida de defensas ante enfermedades infecciosas y algunos tipos de cáncer, como el Sarcoma de Kapossi. El SIDA pesa también por su rápida —se dice que exponencial propagación, pesa por el origen viral del padecimiento: los HIV *(Human Inmunodeficiency Virus)* I y II —este último detectado a principios de 1986—, que dificultan —por sus características— las posibilidades de tratamientos efectivos. Consecuentemente, pesa por el alto porcentaje de mortalidad asociado al desarrollo del cuadro patológico completo. Pasa por el muy flexible período de incubación, así como por la dudosa trayectoria que puede seguir uncaso una vez que la contaminación viral se ha producido.

Sin embargo, el SIDA adquiere plena dimensión de acontecimiento porque desborda los límites del ámbito clínico, porque rebasa el universo íntimo de los médicos que lo estudian, de los pacientes e incluso de los parientes de estos últimos. Sobre todos ellos sobrevuela una espectativa inmediata, que en sí se anuncia como un acontecimiento personal: la muerte que en forma distinta erosiona los niveles de experiencia, generando también en ocasiones, la expectativa de que tal vez no llegue a producirse el deceso, sea por la intervención milagrosa de una divinidad abstracta o de un descubrimiento en el espacio de la terapéutica: vacuna, medicamentos, tratamientos psicológicos, naturistas, bioquímicos o todos ellos en combinación.

El SIDA se significa como acontecimiento que oscila entre el vivir y la muerte, entre lo privado y lo público, entre el hoy y el mañana anclados en la duda de interminables ayeres; entre la resignación y la desesperación, tanto individual como colectiva. El SIDA mueve al abandono y al encierro, a la solidaridad, a la represión, al suicidio y a la combatividad. Genera búsquedas, encuentros, tropiezos, mitos, alarmas y negocios. Es un acontecimiento porque provoca fricciones, rupturas alianzas, propuestas, movilización y rechazo: porque remueve cotidianeidades y tiñe el vivir: produce una crónica de palabras, gestos y actitudes, al que incide en la historia. Dado que como padecimiento es sexualmente transmitible —aunque no en forma exclusiva como la gonorrea u otras infecciones, renueva políticas y conductas, entreteje opiniones, evidencia una vez más las posibilidades del plástico comportamiento humano, subrayando su dinamismo y su diversidad.

1968, tuvo entre otras muchas consecuencias, el de ser un repunte de la revolución sexual, que hoy el SIDA no sólo obliga a revisar, sino también a fortalecer. Sólo a través del conocimiento y de una conciencia que abrace lo personal y lo colectivo del espacio sexual, es posible hacerle frente al padecimiento. Sin embargo, a casi veinte años de 1968, en México aún se nos obliga a seguir viviendo un pánico en torno a la sexualidad. Un pánico de contornos ridículos, que en los códigos penales hace aparecer ambigüedades, tales como *faltas a la moral y a las buenas costumbres, mala reputación, casta y pura, actos morbosos, obscenidad*, etcétera, sin puntualizar en ninguna parte sus significados concretos (dependientes del buen juicio de quien juzga). Pánico que conduce a una educación de la sexualidad —las más de las veces informal— saturada de eufemismo por el rubor y el escándalo que produce llamar *pene* al pene, *vagina* a la vagina, *clítoris* al clítoris y *testículos* a los testículos, educación de la sexualidad que, cuando es amplia, explica sólo una heterosexualidad reproductiva. Pánico con carácter de farsa demagógica que llegó a prohibir la anfibología —palabra dominguera en un discurso titubeante a fines del sexenio de López Portillo—, a un pueblo que por el mismo miedo y el escándalo en torno a lo sexual, ha hecho del albur lingüístico una institución.

Dicho pánico, hace que el SIDA como padecimiento y como acontecimiento, nos sorprenda aún más, recibiéndolo con nuestra lamentable mirada de ignorancia, de recelo, de incredulidad; con el fatalismo de los vencidos *a priori*.

Hoy por hoy, no sin cierto fundamento —en apariencia—, muchos ven en el SIDA un importante factor de regresión; se pronostica que el síndrome obligará a las premisas y acciones de la revolución sexual a replegarse: si la sexualidad luchó por conquistar la calle deberá volver a la intimidad claustrofóbica de una falsa privacía de puertas y ventanas cerradas, de sombras en la oscuridad; si esgrimió argumentos en contra de la imposición de una rígida monogamia, que muchas veces condena a la rutina de las formas, ahora deberá reconsiderar el establecimiento de parejas estables, cuidadosas de una fidelidad —aunque sólo sea con fines profilácticos—. Si argumentó por el derecho a experimentar y promover la aventura del goce, sin más trabas que el deseo de los participantes, ahora tendrá que conformarse con los límites impuestos por la precaución sanitaria.

Las características del SIDA como padecimiento obligan, no obstante, a una acción, aunque esta, por la ignorancia obligada, el pánico y la sorpresa, se reduzca con frecuencia a imitar y a improvisar. Una prueba de esto último la tenemos en la investigación plan-

teada por el Comité Nacional de Prevención del SIDA, con su *Encuesta sobre el impacto de la campaña educativa para la prevención del SIDA en México,* que deja mucho que desear, en función de las prisas por llevarla a cabo —justificar presupuestos, proclamas y felicitaciones diplomáticas de la Organización Mundial de la Salud, así como por las premisas teórico-metodológicas de las que parte, aunque en ella están colaborando individuos conscientes y bien intencionados que intentan darle la mayor coherencia científica posible.

Parecería que el SIDA invierte muchas veces las direcciones, tanto de un hacer sexo-revolucionario como del discurso oficial en torno a la sexualidad; trastocando lo establecido por una tradición, así como los pasos dados por la revolución sexual. Hoy no sólo los discursos libertarios requieren de considerandos, sino que también los discursos oficiales —fuertemente burocratizados— se ven en la necesidad de abordar derroteros antes propositivamente silenciados: en sexenios anteriores, por ejemplo, resultaba impensable llegar a oír voces del sistema sociopolítico —*v.g.* secretarios de Estado— abordando directamente a la sexualidad, hablando públicamente de orgasmos, de preferencias sexo-eróticas, de condones, coitos vaginales y anales, de relaciones buco-genitales y de la posibilidad de ingerir el semen.

Asimismo resultaba increíble, a fines de la década de los 70's, llegar a formular planteamientos sexo-revolucionarios que partieran de una conciencia cautelosa, incluso conciliadora con propuestas oficiales. Tanto un sector como el otro se ven ahora frente a frente, debaten juntos prestándose vocablos, ideas y estrategias, llegando a consultarse mutuamente, muchos viejos monólogos sordos intentan ventilar coincidencias. El SIDA como acontecimiento revuelve las cartas de la baraja, para que el tensionante juego de proclamas y concesiones se inicie de nuevo, a partir de otras bases y reglamentos: las voces oficiales saben que *necesitan* argumentar, y algunas voces libertarias dejan de manifestarse en el vacío. Ya no son sólo unos pocos los que en la partida apuestan la vida, somos todos —aunque unos siempre más conscientes que otros—.

Ante los primeros informes sobre el SIDA —en su gran mayoría noticias amarillistas sazonadas con condimentos moraloides (que no éticos)—, la sorpresa interrumpió el acostumbrado fluir de planteamientos libertarios —ya muchas veces viciados, como un eterno girar en torno de la misma noria—; así como hizo mella en los sistemáticos silencios de las voces del poder sobre un punto de la vida relegado al secreto, a la vergüenza y la censura, y sobre el cual se implantaban —y hoy sigue siendo una realidad cotidiana— medidas represivas.

El sistema —patriarcal y erotófobo— descubrió ventajas en las noticias que comenzaban a circular: podía exigirse, ahora esgrimiendo argumentos de salud pública, la indisoluble obligatoriedad de una simbiótica relación entre el deseo y el ejercicio sexual y el amor —en abstracto—. Contaban con una nueva arma para combatir lo que todos solemos llamar *promiscuidad* —sin preocuparnos por precisar su semántica—, desacreditar —lo promiscuo— debía entenderse como desacreditar variedad de parejas, para consolidar una monogamia —dado que se calla esa poligamia secuencial instituida con recursos como la separación y el divorcio—.

Lo que se llegaba a saber o se permitía circular sobre el SIDA invalidaba aparentemente, en primer lugar, las protestas de los homosexuales y de las prostitutas (por lo que se desataron campañas represivas de muy diversos tipos), y finalmente, la de todos aquellos que habían aprendido a defender su derecho a una sexualidad no vigilada y mucho menos administrada por el discurso del poder. Para algunos dogmas religiosos y mitologías milenarias: Dios, como había sentenciado San Pablo, rechazaba y castigaba a los adúlteros, a los homosexuales y a las prostitutas, aunque San Pablo no contemplara semejantes iras divinas contra los drogadictos que utilizan la vía intravenosa, dado que desconocía los alcances que se darían en materia de recursos. Los libertarios, por su parte, podían preguntar ¿por qué Dios castiga de igual manera a los hemofílicos? ¿Cuál es su abominable pecado? Esgrimir a Sodoma y Gomorra, abanderándose con códigos como los del Levítico, no fue más que un intento desesperado, por parte de algunos —entre los que contamos a personalidades reconocidas en el ámbito científico, como el doctor Estanislao Stanislavsky—, para justificar ignorancias o sus propios miedos o prejuicios de ojos desorbitados.

Otros censores fueron, si no menos prejuiciosos, sí mucho más certeros al esgrimir al SIDA como una prueba de que eran bien fundados sus rechazos a una libertad sexual: la promiscuidad aumenta las posibilidades de infección; la prostitución expone, por lo mismo, tanto a las prostitutas como a los que hacen uso de sus servicios; los homosexuales, que además de promiscuos no utilizan las vías idóneas *sic* para la realización del acto sexual, también exponen su salud predisponiéndose a una diversidad de infecciones. Para tales censores, las limitaciones impuestas por un discurso social establecido en torno a la sexualidad, no son caprichosas: el SIDA —como antes la sífilis— daba la razón a una normatización y administración rigurosa del ejercicio sexual.

En un principio, algunos sectores en el seno de los movimientos de liberación sexual, guardaron silencio, incluso muchos hicieron

—y aún hacen— oídos sordos; quizás porque cayeron en la trampa de una mala y parcializada información y creyeron no tener por que preocuparse —al fin y al cabo, se trataba de un mal propio de hombres homo o bisexuales *sic.*—. Otros enmudecieron ante el temor de que lo planteado en el hacer revolucionario antes del descubrimiento del SIDA quedara invalidado de un plumazo. El síndrome producía una inconfesable frustración: aparentemente toda posibilidad de lucha y de liberación se evaporaba. Otros más —sobre todo miembros de los grupos de liberación homosexual, aunque la actitud tomada por el grueso de las lesbianas es de bastante indiferencia —enfilaron sus actividades hacia la protesta, denunciando los actos represivos y los amarillismo periodísticos. Sin duda fueron muy pocos los que, en primer lugar se preocuparon por actualizarse, reuniendo información científica seria sobre el fenómeno, para después elaborar estrategias más concretas de acción.

Pese a la sonrisa, muchas veces burlona —disfrazada de preocupación— de conservadores y críticos, y no obstante el escepticismo que aún manifiestan numerosos sectores, el SIDA, ni como padecimiento ni como acontecimiento, invalida las premisas fundamentales de una polimórfica revolución sexual. El SIDA exige revisar aquello que se planteó en el seno de una realidad distinta. Una lucha, por sí misma plural, se ve obligada a diversificarse aún más, subrayando un renglón —una necesidad— frecuentemente desatendido aunque consignado: la solidaridad con la diferencia. Una nueva actividad militante, no siempre tan espectacular como la de los años 70's, y a veces más, modifica matices y prioridades, reconoce urgencias, cambia direcciones del hacer sexo-revolucionario, *sin alterar objetivos.*

Y entre las muchas estrategias a plantear está la de modificar conductas. Esta afirmación, en la década pasada —y a principios de la presente— hubiera dado lugar a mil protestas, sobre todo entre los militantes homosexuales; así como generaría sonrisas triunfales —y tal vez hasta desconcierto— entre los que siempre han exigido (para los demás) la imposición de límites en la expresividad. El SIDA hoy por hoy, resemantiza los alcances de la propuesta, a partir de la plataforma prioritaria de una revolución sexual libre de estallidos absurdos, de posturas recalcitrantes (que no radicales). *No se trata de modificar el comportamiento en sí, por tanto, tampoco la preferencia sexo-erótica a los gustos por ciertas expresiones comportamentales de la sexualidad (v.g. fetichismo, transvestismo, etc.), sino proteger al individuo y a todo esto, de una amenaza que no es impuesta por una ideología represiva sino por un virus y un cuadro patológico.*

Con respecto a lo anterior, tanto organismos oficiales como agrupaciones independientes —principalmente homosexuales—, inician campañas de información y de toma de conciencia (preventivas); coincidiendo a veces, incluso en planteamientos; chocando entre sí en innumerables ocasiones, pues no pocas perspectivas y miradas resultan sensiblemente distintas. Tales campañas persiguen un fin inmediato: —amén de otros particulares, y quizás discutibles— *detener, o por lo menos desacelerar, la propagación del SIDA*. Y para ello, el llevar a cabo conductas plenamente conscientes es, por lo pronto, el arma más eficaz. Ninguna campaña oficial, sin embargo, logrará cumplir tal objetivo si desatiende o reprime a los participantes de los movimientos libertarios, si se aplican sanciones o medidas coercitivas a la población o si —como ocurrió el 6 de septiembre del presente año en la Delegación Cuauhtémoc del DF— con excusas burocráticas y legalismos ambiguos, se obstaculizan las campañas o las actividades propuestas por los grupos organizados e independientes. Tales actitudes lo más que conseguirán es la estimulación de un mayor número de actividades clandestinas, entre éstas —hay que reconocerlo, o cuando menos preverlo—, algunas pueden ser revolucionarias, otras simplemente de sobrevivencia y otras quizás delictivas: toda represión genera protestas multidireccionales y subterráneas.

Mucho se ha dicho en tales campañas, sobre una estrategia preventiva, que recibe el nombre más que cuestionable de *sexo seguro* o *sin riesgo*. En numerosas publicaciones —desde folletos hasta los mas variados artículos— se han resumido las actividades sexuales (conductas) consideradas *sin riesgo*, de *semi riesgo* y de *alto riesgo*: en un esfuerzo por convencer sobre la necesidad de manejar nuestra sexualidad con precaución sanitaria cuidando a los (las) compañeros (as) con quienes nos relacionamos, tanto como a nosotros mismos.

¿Y tales campañas tienen repercusión? nos preguntamos, no sin cierto escepticismo aprendido por experiencia. Una eufórica respuesta afirmativa sería un engaño, imposible generalizar. Sin embargo cabe observar, por ejemplo, que el condón (preservativo) hasta hace poco era para muchos sinónimos de barrera, una limitante del placer —discurso 100% masculino, y en función de lo aprendido en el propio discurso social, no del todo inexacto; su uso requiere de nuevos aprendizajes, que olvidan incluir muchas de las campañas, sobre todo las oficiales—; para otros (más bien *otras*, en tanto que parte de un discurso feminista) si era visto como un medio que podía proporcionar cierta tranquilidad, y por ende libertad sexual, en la medida en que puede ser utilizado como el único me-

dio anticonceptivo masculino —no del todo eficaz—, sin consecuencias posteriores para la mujer y más o menos al alcance de la mano. Mientras que hoy, el preservativo se convierte —respondiendo a las intenciones de su origen— en un posible símbolo de vida, tanto para hombres como para mujeres

Podemos ver como el condón penetra hoy en el discurso de la liberación homosexual, ocupando un lugar cada vez más importante en las mismas consignas de la movilización —la Caminata Nocturna Silenciosa del 25 de mayo de 1987 fue un claro testimonio al repecto, al igual que la Marcha del Orgullo Gay del 27 de junio—. Gran número de conferencias, mesas redondas, pláticas y comentarios tienen al condón como uno de sus protagonistas: hay que aprender a integrarlo a nuestra sexualidad, erotizarlo, para erradicar lo que de limitante tiene o pueda considerársele. ¡Y erotizar lo comunmente no considerado erótico es uno de los campos de lucha de una revolución sexual: erotizar todo el cuerpo para desfocalizar la sexualidad de los genitales!.

Sin embargo, responder a la pregunta de si ha habido cambios de conducta sexual a raíz del SIDA no es fácil por lo menos en México. El mismo pánico impuesto a lo sexual —del que ya se ha hecho mención— obstaculiza el intento por comprobar realmente la eficacia de una movilización en torno a la prevención del síndrome. En México no sólo no se ha impulsado jamás el estudio y la investigación sexólogica, sino que todo avance en este campo ha sufrido un sinnúmero de obstrucciones. No existe ninguna investigación realmente seria, completa y científica que nos permita tener conocimiento sobre comportamiento sexual. Todo lo más, se pueden inferir ciertas realidades a partir de investigaciones realizadas en contextos más que diferentes, tales como las de Kinsey y colaboradores, Hunt, Bell y Weimber, Jay y Young en Estados Unidos, Simon en Francia y Schofield en Inglaterra.

Por otra parte, no podemos desatender un aspecto importante: el grueso de tales campañas se centra prioritariamente en torno a las poblaciones consideradas de alto riesgo: hombres homo y bisexuales, prostitutas y drogadictos (el riesgo de los hemofílicos se contempla como ajeno a su comportamiento, lo más que se hace al respecto es tomar medidas en relación al tráfico y el análisis de sangre para transfusiones).

El hecho de concentrar la atención en tales sectores de la población, subraya de alguna manera la idea que se tiene —por acción de la prensa amarillista—, de que el SIDA es un padecimiento ajeno al resto de la población. El peso de las campañas, por ejemplo, no ha incidido igual en el amplio grupo de hombres de preferencia hetero-

sexual que —como cualquiera, puede ser atacado por el virus— pueden hacer uso del servicio de las prostitutas, recibirlo y transmitirlo a través de relaciones sexuales, algunas de las cuales, por un número de circunstancias puede ser también de tipo homosexual —sea como penetradores o como penetrados—, esta última e innegable realidad debe contemplarse como uno de los caminos que permite que el SIDA no sólo se expanda cada vez más en la población heterosexual, sino que amenace con incrementarse en futuras generaciones a través de hijos con SIDA congénito. Para algunos, ingenuamente esto es contemplado cuando se habla de una población de riesgo bisexual, sin embargo, el tener una preferencia heterosexual (sin identificarse como bisexual) no excluye posibles experiencias homoeróticas.

A cualquier sector de la población puede expanderse el SIDA en la misma proporción *o más* en que ya se registra en la comunidad homosexual; no obstante, la gran mayoría de hombres y mujeres heterosexuales, cuando lo abordan como tema de conversación no manifiestan en general ninguna preocupación personal. Al preguntar al azar si entre ellos han tomado alguna medida preventiva —el uso del condón, por ejemplo, la respuesta, seria o sonriente (incluso burlona en ocasiones) suele ser negativa ¿Y cuántas amas de casa —cabe preguntar también— están seguras de la fidelidad sexual de sus maridos o del tipo de relación extramarital que llevan a cabo? ¿Cuántos de estos hombres —cuya promiscuidad está más limitada por la disponibilidad y el acceso que por el deseo—, piensa en la probabilidad de llegar a ser el agente transmisor del virus al seno familiar?

El efecto de todas las campañas (oficiales o no) sobre la población de prostitutas depende, no sólo de la conciencia que estas trabajadoras lleguen a adquirir, sino de la posibilidad real que tengan de influir sobre las exigencias de los clientes como cambiar el discurso sexo—erótico del usuario si no se le contempla concretamente en las campañas? Dirigir los esfuerzos de concientización a las prostitutas y no a la población específica que las requiere no indica mas que la conjunción de dos intenciones: controlar —ineficazmente— el avance de la propagación del SIDA, así como reprimir y culpabilizar más aún el ejercicio de la prostitución. La revolución sexual, por tanto, tiene en todo este apartado una importante y no fácil batalla por librar... sin embargo, hasta ahora, el discurso feminista en general se ha hecho muy poco presente.

En cierta forma relacionado con todo lo anterior, está el miedo impuesto y la acre censura hacia la homosexualidad, que obliga a muchos a esconderse (sean hombres o mujeres) en la institución

matrimonial reproductiva, sin renunciar totalmente al deseo homoerótico.

Las muy diversas campañas de educación y concientización, necesariamente deben incidir en la supresión de la doble vida (la abolición del *closet*) impuesta por el prejuicio y la represión que ejerce el discurso político y moral homófobo imperante.

Ninguna campaña, además, contempla la necesidad de que las lesbianas se involucren, en virtud de que, según se dice, no se han reportado casos de lesbianas con SIDA. Pero cabe preguntar ¿Excluye eso el planteamiento de acciones solidarias? y por otra parte, ¿No existen lesbianas que, al igual que muchos hombres, ocultan su preferencia sexo—erótica? ¿No es posible que una mujer, por ejemplo bisexual pueda contaminar con el VIH a través de sangrado menstrual o heridas mutuas a su compañera sexual, al estar ella a su vez contaminada por su marido o por cualquier otro hombre? Las campañas oficiales, al dejar de lado a las lesbianas actúan irresponsablemente, limitándose a lo conocido, sin previsión alguna. Además, por un lado refuerzan la división que se ha venido dando en el propio movimiento de liberación homosexual, y por otro, reafirman la histórica negación —a través del silencio— de la mujer en términos de sexualidad, y más aún, cuando su sexualidad no depende del hombre.

En el seno de la comunidad homosexual masculina, es quizás donde primero incidió toda campaña; tanto las oficiales como las generadas por el propio movimiento de liberación. Así, algunos asumen y defienden hoy en día la formación de parejas estables por lo menos sexualmente fieles entre sí— mientras que otros optan por una promiscuidad (?) menor y/o con precauciones: utilizando preservativos, cremas espermaticidas o ambos, limitando sus múltiples parejas a individuos considerados —atinada o equivocadamente— de menor riesgo (no extranjeros, por ejemplo) o a un núcleo de conocidos más o menos constante —poligamia restringida, quizás—; asimismo, algunos optan por incrementar el número de orgasmos sin penetración anal o bucal, o sin eyacular al interior del cuerpo del compañero, etc.

No obstante, la resignación fatalista, el desconocimiento —las campañas, sobre todo oficiales, son de muy reducido alcance todavía y otras muchas actitudes de rechazo tanto hacia el sector oficial —responsable de represiones como al mismo movimiento de liberación, redundan también en indiferencia. Muchísimos hombres homosexuales continúan hoy en día con prácticas sexo-eróticas sin ningún tipo de precaución, ninguneando incluso el miedo al SIDA—más externa que íntimamente—. No es del todo raro escuchar

comentarios como: *de algo nos tenemos que morir*; *si me va a tocar, me toca* o *si voy a morir que sea en buen caballo* por lo que el ligue aventurado (más que la aventura del ligue) y las relaciones despreocupadas se producen día a día, asi como el rechazo a oir hablar o a comentar sobre el SIDA.

Pese a esto, muy probablemente la velocidad de incremento en el número de casos seropositivos tiende a disminuir entre homosexuales, mientras que se vea aumentar en la población heterosexual, que no se vió atemorizada desde las primeras informaciones que circularon.

Ahora bien, es preciso apuntar que la tendencia —mucha o poca— a modificar conductas, no siempre refleja un resultado positivo de las campañas: es preocupante que el manejo que se ha hecho del SIDA haya generado, en no pocos individuos, importantes cuadros paranóicos, hasta el punto de desequilibrar su existencia además de recordar a aquéllos que buscaron la vía del suicidio, tenemos que considerar a los que han visto seriamente deteriorada su calidad de vida al manifestar serias disfunciones sexuales, tales como incompetencia eréctil (individuos que incluso en un año no han podido relacionarse sexo—eróticamente con nadie), anorgasmia e incluso disparaunia (dolor durante la relación).

El SIDA, como acontecimiento, impone la revisión de la política sexual oficial, así como un quehacer científico, revolucionario y social, independiente de objetivos exclusivamente personales... que pueden resultar criminales. Tanto el sector oficial como los movimientos feministas y homosexual deben coincidir, por lo menos en un punto: erradicar de sus discursos y estrategias todo proselitismo particular del tipo de heterosexualización *vs* homosexualización y feminización *vs* masculinización de la realidad, así como la imposición de aquellas medidas preventivas —represivas o no— que en los casos concretos deterioren la existencia experiencial de individuos y o grupos. Toda campaña debe hacerse de un marco teórico y un arsenal de estrategias que equilibren el peso del objetivo y las consecuencias personales de los involucrados.

La revolución sexual no sólo es anulada por el acontecimiento SIDA, sino que se verá fuertemente revitalizado si no se persiste en seguir por caminos dogmáticos o que desemboque en las frecuentes guerras intestinas que tanto afectan a los espacios de una izquierda muchas veces vehemente o recalcitrante. No por ello, sin embargo, cabe decir —como se ha dicho—, que el SIDA tiene un lado positivo... la frase de no hay mal que por bien no venga publicita muchos discursos fatalistas que mueven a la inconciencia, a la indiferencia e incluso a la represión-opresión. El SIDA como padeci-

miento es una fuerza que no debe ser convertida en una espada de Damocles; y como acontecimiento tiene que orillarnos a una solidaridad revolucionada, si no revolucionaria.

noviembre de 1987



Foto de Rogelio Cuellar

SIDA E IDENTIDAD HOMOSEXUAL (Notas para una colisión circunstancial)

*roberto gonzález villarreal**

Para Elías Nandino y Antonio Moreno.

I. EL DESAFIO DE LAS IDENTIDADES

1. En los 70's, se decía, recuperamos la palabra; quedaba atrás —como un sueño a explicar— una larga historia de placeres soterrados, de guiños subrepticios, de encuentros furtivos. Altivos y desenfadados caminamos con el sexo en los ojos y en la ropa, inventamos un estilo y un lenguaje estático; era un nuevo comienzo, por no olvidarnos, intuíamos el desafío a muerte de las interdicciones, por eso las cercamos, las atosigábamos a denuncias e ironías: queríamos decirlo todo.

En voz alta y desafiante, asumimos una sexualidad abierta y parcelada, fue nuestra arma y estandarte, con ella pretendimos destruir creencias y apariencias... ¡ah! entonces éramos felices.

En los 80's, recuperamos la duda; muy pronto la pequeña historia mostró sus límites: el poder era reversible —intercambia posiciones con el tiempo y la libertad. Detras del sexo —afirmado, validado en la contestación— no encontramos nada, el vacío era el dominio de su verdad.

Pero la aventura no fue en vano, no regresamos inermes, de la oquedad retornamos otros, nos hicimos diferentes; ciegos —deslumbrados por la nada— nos asumimos únicos y continuamos en un viaje inercial que nos reafirma. El "flamígero estan-

**Estas notas refieren las dudas de un informante: surgen de conversaciones con homosexuales, visitas a centros de reunion gay, lecturas y reflexiones, de los otros y mías.*

darte'' se volvió nuestra divisa; en la lucha contra el poder nos vencimos a nosotros mismos, nos creamos, nos resumimos en el sexo y ahí reconocimos nuestro yo; entonces, nos hicimos homosexuales.

Hoy, cuando túneles y cerradas —los escondrijos del placer vindicado— alternan con las posadas permitidas en un círculo vicioso que remite a la construcción de nuestros cuerpos y almas, son otras las angustias que corroen el pasado, son nuevas las miradas que recelan del tiempo; hoy, para nosotros, el SIDA genera una densidad ineludible.

2. En el principio, la sentencia era definitiva: más del 95% de los enfermos de SIDA eran homosexuales y bisexuales masculinos[1], taxonomía y etiología daban cuenta de un hallazgo sociobiológico, de inmediato advertimos el rostro desfigurado del poder, la represión hablaría en su nombre. Después, el virus lo cambió todo: los ''grupos de alto riesgo'' cambiaron denominación y estatuto, ahora son las ''prácticas'' —no los individuos— las peligrosas. Un viraje insoslayable en el discurso del SIDA: de entidad nosológica a concreto complejo, densidad social de múltiples determinaciones: médicas, jurídicas, políticas, educativas, psicológicas.

3. Las coordenadas del SIDA revelan lo insondable de sus efectos; prevención, tratamiento e investigación se alteran en una singularidad social; cuadriculan las relaciones individuo—sociedad para escudriñar la vida y convertir al presente en tiempo único. Focalizan las acciones en una circunstancia definitiva: la enfermedad como posibilidad, probabilidad o realidad: el SIDA es ya una presencia acechante.

4. Tres confluencias en una hipótesis: por la liberación sexual llegamos a las riberas del vacio, descubrimos un poder reversible —por falso— del cual retornamos cambiados, una plétora de sexualidad invadió nuestros cuerpos haciéndolos distintos; así nos reivindicábamos homosexuales.

Vivimos en el pasado hasta hoy, cuando el SIDA tensa el tiempo y reta —a muerte— nuestras inercias; por eso quizá sea el momento para preguntarnos si la homología SIDA-homosexualidad trasciende la estadística y la represión; tal vez entre ambas haya una isotopía desdeñada: la colisión en cierre de sus identidades.

II LA FORMACION DE LA IDENTIDAD

1. La homosexualidad es una experiencia, recoge múltiples pro-

[1] Para el caso de América y Europa, en Africa y ciertas zonas tropicales es distinto.

cesos en su conformación; es un resultado, una categoría del deseo expresada en un sujeto. El homosexual, suma de pulsiones y actitudes, concentrado individual de un placer. Nada escapa a su deseo, el goce lo define, en él se particulariza, por él se explica. La homosexualidad vive en su personaje, es un reconocimiento y un destino; la indentidad se construye para vincular deseo y sujeto, es la subjetivación del discurso (científico o no) y del poder (normas y conductas).

La homosexualidad no es una esencia, ni una condición, es una forma de existencia del individuo histórico que acepta la definición sexual para reconocerse y formarse

2. Si la homosexualidad ha sido desterrada de los dominios de la exclusión — psicopatología y penalidad—, es porque en la dialéctica del poder y sus resistencias ha encontrado otros modos de resguardo. El homosexual, en principio definido desde fuera por los otros, al "tomar la palabra" efectúa un desplazamiento afianzante: se reconoce individuo particular en el ejercicio erótico al eludir las coacciones que lo marcan. Por eso, la liberación homosexual concebida como respuesta contestataria al poder en su forma represiva —excluyente y negativa— configura un nuevo modelo de relación social y sexual donde el individuo se adscribe a un grupo, genera los nexos interindividuales y las formas de subjetividad necesarias para constituir su propio yo, su propia identidad: la identidad gay[2].

3. Alejemos la tentación axiológica del análisis. La política avala una temática que debía permanecer abierta. La identidad es un proceso constitutivo y constituyente del individuo histórico, dejemos a sus acciones reforzarla o liquidarla. En México la identidad gay se debate en la necesidad o el rechazo, casi nunca se investiga su formación; más bien se describe como esencia o táctica.

Veamos dos ejemplos polares: Luis González de Alba es el primero en declararse en contra, argumenta su oposición en dos textos[3] complementarios. El primero la describe como "forma opresora de la ideología burguesa", cuando estimula la especificidad del homosexual. Aquí establece una vaga homología entre estereotipo e identidad homosexual. En el segundo, desarrolla un argumento naturalista para mostrar la presencia de los contactos homosexuales en toda la escala filogenética, para luego postular el poli-

[2] "Gay" es el término utilizado por los homosexuales para referirse a sí mismos, una vez asumida su "condición".

[3] En el orden propuesto más abajo son: "Contra la identidad homosexual", en *El Machete*, octubre de 1980. No. 6; y *Bases biológicas de la bisexualidad*. Editorial Katún, México, 1985.

morfismo sexual; así, la esencia homosexual se destruye en un juego más amplio: la bisexualidad innata, que sólo la acción de mecanismos represores —a nivel social e individual— bloquean; el individuo se enajena, entonces, convirtiéndose en homosexual o heterosexual exclusivo.

Aquí, la homosexualidad es una condición alienada, una desviación de impulsos esenciales; la falta de lealtades homogéneas a las figuras paternas puede explicarla, en todo caso no es patológica, aunque el análisis puede remediarla.

En respuesta, Xabier Lizarraga y otros insisten en asumirla, reconocerla, mostrarla orgullosamente[4] como una de las "expresiones comportamentales de la sexualidad", no hacerlo —dicen— recrea, de otro modo, la coacción institucional contra el deseo homoerótico; saberse y reconocerse específicos y diferentes es un paso a la igualdad, un requisito en la lucha contra la represión. Aunque están dispuestos a admitir "falsas identidades" en la aceptación de los estereotipos, la reflexión se pluraliza al privilegiar la contestación. La esencia homosexual se vuelve una táctica en la batalla con el poder.

La identidad tiene acepciones distintas, la vaguedad en su definición vuelve confusas las referencias y la polémica resulta, entonces, irrelevante. Encuentro, por lo menos, cinco usos distintos de la identidad:

a) identidad — afeminado, estereotipo del homosexual.

b) identidad — enajenación de la esencia bisexual.

c) identidad — reconocimiento de la especificidad social y sexual, particularización del sujeto con relaciones homosexuales.

d) identidad — impulso vital de supervivencia (Fromm).

e) identidad — táctica de lucha.

La esencia homosexual y el poder como represión son piezas móviles, transformables en posiciones adversas y representaciones elusivas; en otra parte[5] he mostrado las alteraciones morfológicas producidas y la espiral al vacío que generan; aquí enuncio solamente sus modos de aparición en el debate gay en México.

4. Los gays, los identificados —aquéllos que han asumido la homosexualidad como definición de sí mismos— apuestan a irradiar los procesos de afirmación y conformación a todos los sujetos que sostienen o han tenido relaciones homosexuales; son los empeños de la identidad por homogeneizar los individuos, la terca repetición

[4] En el artículo de Xabier Lizarraga, "Identidad homosexual: multiplicidad en el proceso", en *El Machete,* enero de 1981, No. 9.
[5] Mi artículo "La cárcel, el diván y el ghetto".

del reconocimiento del yo a partir del contacto sexual. De aquí a la proposición de modelos comportamentales sólo hay un paso. El ideal del gay es un efecto consecuente de la identidad, el estereotipo es mas real que un homosexual verdadero: triunfo de la hiperrealidad.

5. La identidad tiene rastro doble; los mecanismos de socialización (adscripción a un grupo, apropiación de codigos comunitarios) y los momentos de la individualidad (particularidad, independencia respecto al exterior del grupo); por ambos se refuerza y despliega. La identidad gay es un proceso ininterrumpido de redoblamiento de sus elementos constituyentes, al interior del sujeto y en el efecto gregario producido.

La liberación homosexual es el entorno de la identidad[6], la garantia de su reproducción y emergencia de agentes formadores.

En México, los setentas son el momento de eclosión de la identidad, que coincide temporalmente con los movimientos políticos homosexuales pero no se circunscribe a ellos, no se reduce a los grupos, aunque las acciones de éstos iluminen[7] el espacio homosexual, de múltiples modos van conformándose las zonas de exclusividad, los mensajes dedicados, el lenguaje propio, la cultura y una serie de signos particulares cuya apropiación es precisamente requisito de pertenencia y continuidad del grupo, así como del desarrollo del yo gay.

6. Las zonas de exclusividad: de las cantinas y pulquerías donde se buscaban subrepticiamente los encuentros, a los centros de reunión y diversión explícitamente homosexuales; bares, discotecas, restaurantes, bazares: el ghetto rentable, los centros donde la homosexualidad orbita en la definición del lugar, en su aportación específica a la fantasmagoría de lo gay. En un listado reciente[8] se contaban cerca de un centenar de establecimientos recomendables en la República Mexicana; concentrado un 25% en la zona metropolitana de la Ciudad de México.

También relocalización geográfica de la vivienda —fenómeno de clases medias, al fin y al cabo—, colonias preferidas, edificios abiertamente habitados por gente gay; en la Ciudad de México las colonias Cuauhtémoc, Condesa, Roma, Narvarte, Portales, etc.[9]

[6] Podría discutirse históricamente la validez de esta afirmación, aludiendo, por ejemplo, a los procesos que concluyeron en la liberación como movimiento político, lo que supone, por cierto, identidades en ciernes o ya reconocidas; más adelante expongo las razones sociales de esta periodicidad.

[7] En dos sentidos, como entidades que absorben el estallido de la homosexualidad en el entorno social, y como los poseedores de la verdad gay.

[8] *Macho Tips* No. 14, pp. 63-64.

[9] En México todavía no puede hablarse con propiedad de "colonias y barrios

La conquista , a pesar de la tensión con policías y judiciales, de lugares de ligue y encuentro sexual furtivo y expedito; los cines —¿quién de los identificados y los recurrentes al contacto homosexual no los conoce?— Gloria, Teresa, Las Américas, México, Estadio, y en general los de barriada, en galería y asientos de atrás; el metro Balderas, Chabacano, Hidalgo, Insurgentes, la Alameda Central y los parques vecinales; las esquinas y los circuitos mágicos —¡Ah!— Insurgentes y Baja California, Sanborn's Del Angel, Reforma, Insurgentes Sur, los baños públicos de ligue generalizado y prostitución de masajistas... en fin, el ghetto no rentable, pero eficaz en los contactos y los orgasmos[10].

El ghetto, rentable y no, refiere un aspecto de concentración exclusiva, de refugio tolerado y construido, pero específico, particular; los aspectos ''negativos'' de su definición eluden la positividad de su existencia: centro de afirmación de la identidad, red topológica de atracción, incitación a asumir la homosexualidad.

7. *La cultura gay:* la ''sensibilidad homosexual'', tan celebrada y autovalorada, encuentra campo libre a sus correrías, en todos los ámbitos de la cultura y las artes la presencia gay se hace manifiesta, ya no se esconde y elabora metáforas para desplegar la homosexualidad de los autores, se muestra lúdica y elusiva, burlona y emancipatoria; novelas como El vampiro de la Colonia Roma, Flashback, Octavio; el cine de Jaime Humberto Hermosillo, (Matiné, El cumpleaños del perro, Las apariencias engañan, Doña Herlinda y su hijo) y el ciclo ''Del clóset a la pantalla'', en la Cineteca Nacional en 1983; los artículos de González de Alba y José Joaquín Blanco (el memorable ensayo ''Ojos que da pánico soñar''); la crítica musical de Calva y Alcaraz —¡las puestas en escena de este último!—; el teatro crea casi un circuito gay, desde las ya clásicas ''Los chicos de la banda'' (Cárdenas), ''Y sin embargo se mueven'' (Alcaraz), hasta las de Xavier Rojas, J.J. Hernández y discípulos, las producciones de Gómez Vadillo y Carlos Olmos (la versión mexicana de ''Torch song trilogy'', *Una canción apasionada*), los vodeviles de R. Rodríguez; la poesía recupera sus antecedentes, actualiza a Los Contemporáneos, a Lorca y Cernuda, Cavafis es un símbolo y Nandino, a los 80 años, sigue escribiendo versos para celebrar el amor —y el gay en particular—.

En fin, un escenario cultural creado por y para homosexuales, que presenta y genera los modelos y modos de identificación y valo-

gays'', como en ciertas ciudades de EUA y Europa, el proceso apenas se inicia.

[10] Estrictamente hablando no hay baños públicos gays en México, sin embargo, en ciertos lugares su presencia es dominante, admitida y estimulada.

ración social de su especificidad; los códigos de conducta y el lenguaje propio.[11]

8. *Los mensajes dedicados*: de protagonistas vergonzantes de *Alarma* a modelos escogidos para las portadas de *Macho Tips*. La presencia homosexual en los medios de comunicación se mantiene —hasta la fecha— como motivo jocoso —el estereotipo, presa fácil de la risa— tema a discusión en los programas de sexología, motivo de preocupación, —a partir del SIDA— siempre es la mirada de los otros la que ordena los desplazamientos de la cámara y los discursos; aquí difícilmente se llega a "tomar la palabra", fuera de las publicaciones marginales de principios de los 80's.

Macho Tips inaugura una época en el circuito de la comunicación gay impresa, no obstante no ser la única publicación para gays en México, (otros proyectos editoriales como Crisálida, Las Maracas y Opus Gay, tienen circulación restringida a grupos de amigos o militantes) es la primera en ser distribuida regular y comercialmente, al menos en el Distrito Federal. Su contenido abarca secciones de fotografía (desnudos masculinos), noticias de la "comunidad mundial gay", recientemente sobre el SIDA, prescripciones psicológicas y análisis sobre la homosexualidad (los inefables artículos del Dr. Juan Salazar Green), anuncios clasificados y guía de lugares.

Otros proyectos, como Ruta 41, programa del Centro de Apoyo a la comunidad Gay de Guadalajara en la radio de la Universidad de Guadalajara, reflejan solamente los inicios de una red de comunicación formal de los homosexuales en México.

9. *La identidad gay* es un resultado, los roces entre la represión y la resistencia, entre los discursos y las prácticas, entre la solidaridad y el miedo, la contestación y el orgullo, generan una red institucional —incrustada en los poros del capital— de reclusión, un proceso de liberación política y cotidiana, los modos de convivencia y de formación del 'yo' gay.

Ya existe una franja homosexual que atraviesa la sociedad en México, un grupo definido y reconocido por sí mismo; en eso consiste precisamente la identidad, por eso, estrictamente, sólo es posible en la liberación gay.

10. Los modelos de la identidad varían, se encarnan en diversas representaciones. El afeminado —la loca— es sólo uno de los tipos límite de existencia gay, el otro es su opuesto natural, el machín. Ambos retoman y mitifican los atributos de los géneros para estruc-

[11] Un estudio específico del lenguaje de los homosexuales en México, proporcionaría claves importantes en la apropiación de los símbolos necesarios en la identificación.

turar los procesos de identificación, son los extremos de un abanico de posibilidades —o posiciones— intercambiables, donde los juegos del lenguaje, del comportamiento, de los gestos y actitudes, de las preferencias sexuales, modifican permanentemente la concepción de sí mismo manteniéndose, sin embargo, idéntico. Es este el papel positivo de los estereotipos en el mundo gay: instancias formales de comparación continua, espejos de refracción y tensión de la compresión del yo; quizá ese sea el secreto de su eficacia, la razón de su realidad.

Las regiones de exclusividad y demás mecanismos de socialización apuestan a uno o varios modelos de identidad, la policía a otros, los espectáculos travestí insisten obsesivamente en vincular géneros y preferencia sexual, el *Vaquero* y *El Taller* no admiten mujeres ni "locas" que hablen en femenino; las estrategias de la modelación están abiertas, los individuos disponen su acercamiento en la inmediatez de las zonas espacio-temporales que habitan.

III. LOS ESCAPES DE LA IDENTIDAD

1. Una red de misterio envuelve el disfrute sexual entre hombres, hay una negación persistente a mostrarse; el encuentro es un espectáculo íntimo en un escenario inescrutable; ahí, se entremezclan los reconocidos (los gays) y los que no: supremacía del acto sexual sobre los procesos de identificación.

Los circuitos homosexuales están poblados de presencias inasibles, envolturas distintas de un mismo deseo. La dificultad es enorme para reconocer a individuos idénticos y pobladores del antro, para unos centro de afirmación, para otros lugar de diversión. El sexo es una fuerza centrípeta y centrífuga en la constitución de la identidad.

Eficacia y fugacidad del acto impiden cristalizarla, por eso no fluye de manera homogénea en la construcción de actitudes, apariencias y modos de comportamiento. Adoptar el ser homosexual —reconocerse como tal— es un momento del flujo general de los contactos homoeróticos; las correrías del deseo que pretenden ser detenidas, y más aún, esencializadas por la política. Fijar una ráfaga del deseo en un sujeto y dotarlo de identidad; esa es la estrategia de la liberación, una falacia que se muestra en la extrapolación incesante de los que escapan a su ley. Los contactos homosexuales son un secreto a voces, el velo que los cubre es un efecto seductor, —podría ser que la vivencia con la represión lo estimulara— entonces la identidad gay es un punto orbital imposible, su generaliza-

ción inviable, es más que nada, la referencia soterrada de los estereotipos, la máscara ¡sí! de las representaciones: ahí está la magnífica sordidez de los baños públicos, el desafío del sexo en los cines y los arbustos. La homosexualidad que va más allá de sí misma es la real, lo demás es el discurso normalizador de los políticos.

2. Ante la inminencia del contacto el tiempo se acelera, realizar el deseo es cubrir la imaginación con una dosis de certeza insoportable, la instantaneidad del goce nubla las prescripciones e impulsa el placer hacia el vacío, no hay ni antes ni después: la búsqueda del presente ubicuo, en eso consiste el disfrute gay, por eso habita sombras fulgurantes.

3. El mundo gay es un escenario montado a la medida de sus actores, tal vez sea una estratagema productiva para centrar identidades, pero revierte sus propósitos al volverse fatal; cuando se pone a bailar destruye la profundidad de las esencias y se queda con las representaciones: ¡destino atroz arrogante para lo que pretendía ser centro de exclusión! (policía, poder) o defensa y reafirmación.

Los lugares son impenetrables al discurso, albergan únicamente los roces del placer, que incandescente, ahí mismo se anula —sólo para iniciarse nuevo—. La acción es el dominio exclusivo de su realidad, un movimiento perenne de redoblamiento del deseo. Las zonas de exclusividad: escenarios de representaciones íntimas, nada más.

IV. EL SIDA: PRISMA DE REFRACCION DE LA IDENTIDAD

1. En un momento en que el sexo parecía ser omnipresente, convertirse en una vanalidad —de significado inservible para el metadiscurso—, el SIDA pretende detener su caída y volver —de nuevo— centro de reflexión, de prescripción moral y cuidados profilácticos.

2. La particularidad inicial de sus alcances, localizó sus efectos en identidad gay; la estadística era concluyente, por eso los homosexuales fueron los primeros en responder, en cercarse, en tejer redes de solidaridad y responsabilidad en las medidas de prevención. El auto control fue posible sólo con la existencia de una comunidad identificada; aunque esto no en México, (quizá todavia) pues aquí los circuitos de identificación no asimilan la gravedad del SIDA, sus efectos potencialmente inhibidores de la rentabilidad. El ghetto comercial elude la cuestión y sólo tres lugares la contemplan. Aun-

que *Macho Tips* y ciertos grupos homosexuales emiten señales de advertencia, hoy en México se prefiere el escenario del peligro.

3. Sí, el SIDA planea un juego perverso a la identidad: por un lado acude a ella para generar códigos de conducta, modos del sexo y así reforzar la particularidad categórica de los contactos (la identidad reafirmada); por otro, la reta a lidiar con los relapsos, a mirarse en el espejo de su imposibilidad, en la cotidianeidad de los encuentros homoeróticos inasimilables, pues es éste el espacio elegido por el SIDA (en rigor, por el virus): el de las conductas, el de las prácticas, no el de los individuos.

4. Por el SIDA las representaciones homosexuales lanzan, literalmente, un desafío a la muerte: ¿cómo, si no de esta manera, interpretar la permanencia de actitudes y conductas sexuales en estos tiempos?

Ya lo dijimos, el discurso no penetra en los escenarios reales del homoerotismo; ahí sólo existe la fugacidad del deseo y del espectáculo íntimo; no conocen ninguna interdicción sólo la inmediatez del contacto y su permanencia imaginaria.

5. El SIDA es una ocasión para normalizar, mejor que el derecho, la moral o la represión es la medicina preventiva quien intenta regular al sexo, la cercanía del virus con el fin último le otorga esa posibilidad; sin embargo, eso exige la tranparencia del discurso, la inmovilidad de los sujetos, la maleabilidad de los deseos. Ninguna de estas tres está garantizada, al menos en los circuitos del homoerotismo en México.

El SIDA es un prisma, en él se refractan los procesos de identificación homosexual y originan una franja infinita de posibilidades de existencia, sus acotamientos —indistinguibles— muestran los escenarios móviles de la vida gay. El discurso ahí es opaco, los códigos son indescifrables para quien se preocupa en mantener los propósitos del placer, ¿cómo hacerle llegar las señales del peligro si precisamente está desafiandolo?

Los individuos se mueven en un espacio relativo, (infinitivo y limitado) nunca son los mismos, ni se encuentran en un solo lugar, todo depende de su localización temporal ¿a quién entonces, destinar la prevención? ¿En qué lugar, pues, fijar los anuncios?

En los contactos homoeróticos, el deseo no es una sustancia que se pueda moldear o una energía que se pueda canalizar y dirigir voltivamente desde fuera. Es más poco que eso, una chispa, algo que puede estallar y mostrarse de manera impredecible ¿En qué fundar los riegos y las alternativas?

6. El esfuerzo del SIDA no es desdeñable: por la prevención destruir los últimos vestigios de las esencias para instaurar una na-

turaleza anterior a ellas, perfectamente fabricada, limitada —por tanto— a un catálogo de posibilidades eróticas preestablecidas: el triunfo de la muerte, el juego diabólico en que terminaron las estrategias libertarias.

7. La apuesta de los homosexuales es anodina: qué sentido tiene ya continuar construyendo mecanismos de socialización preventiva, o dejar fluir las representaciones, ante el duelo impuesto por el SIDA; es cerrar un ciclo de la sexualidad de lo que se trata, de liquidar una etapa: ¿a muerte?

diciembre de 1987

tiempo libre

publicación semanal de **unomasuno** del 3 al 9 de diciembre de 1987 VII 395



¡POR PRIMERA VEZ JUNTAS!

CONCIERTO DE SOLIDARIDAD



EUGENIA ★ BETSY ★ TANIA ★ JESUSA ★ MARGIE

• Auditorio Nacional • domingo 6 de diciembre • 19 horas

Fundación mexicana para la lucha contra el SIDA, A.C.

Semanario *Tiempo Libre*.
Periódico *Unomásuno*.
Foto de Rogelio Cuellar.
Diseño de portada: Eugenia Calero.

LA FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA, AC. entrevista con luis gonzález de alba

francisco galván díaz

fgd: ¿Qué es la *Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA, AC?*

Luis González Alba: Como lo indican las dos últimas letras, es una Asociación Civil, cuyo principal objetivo es prevenir el SIDA. Hasta el momento ésta es una enfermedad incurable. Lo único que podemos hacer es dar informes a la población acerca de cómo prevenirla. Queremos incursionar en dos ámbitos: ¿Cuál es el riesgo? y cuándo no hay riesgo. ¿Cómo prevenir?, y prevenir no sólo la enfermedad, también la histeria, la formación de mitos, los ataques a ciertos grupos, como sería a los homosexuales.

Con esto quiero decir que vamos a promover la prevención. Sobre los aspectos médicos no tenemos mucho que hacer, puesto que en el mundo entero hasta ahora no hay nada eficaz en contra de la enfermedad.

fgd: El énfasis entonces, parece que es la información a la sociedad. Sin embargo, en varios medios se ha dicho que la Fundacion, además de la propuesta de informar a la sociedad, tendría cuando menos otros tres propósitos. Carlos Beltrán, Braulio Peralta, entre otros, han dicho cosas... ¿Podrías hablarnos un poco de esos propósitos?

Luis González de Alba: Sí... cierto. Además de esos aspectos informativos, generales, queremos penetrar en otros. *Aunque te aclaro, lo central es la información correcta a la población.* Pensamos que después llegará el momento en que se haga absolutamente necesario proporcionar —a algunos enfermos— un lugar a dónde ir, o al menos en dónde pasar los últimos meses, semanas o días de su enfermedad. Serían los casos en que se informa al paciente que no puede permanecer más en el hospital o en la clínica. Cuando se le da de alta. Justo cuando se le dice que las infecciones que eran cu-

rables, ya se le curaron y como la infección general de SIDA no tiene curación, no hay más qué hacer y se necesita la cama para otras personas. Este es un caso terrible. Hay otro peor, que es el de los hospitales privados, en donde no es que pidan la cama porque no hay nada qué hacer, sino que exigen al paciente de SIDA que abandone las instalaciones porque su clientela, la clientela del hospital privado, de enterarse que en la clínica u hospital tienen un caso de SIDA, la abandonarían. Esto es algo que realmente requiere de legislación. Nosotros queremos hacer propuestas al respecto. No podemos permitir que una clínica, por cuestiones de elitismo o de mitos en turno, niegue el servicio a un enfermo.

fgd: Quisiéramos que continuaras con el enumerado de los propósitos.

Luis González de Alba: Son los siguientes: Información correcta a la población. Atención, quizá por medio de una *casa-hogar,* a los pacientes que por distintas razones no estén siendo atendidos en los hospitales y a su vez no tengan una familia que les de protección, o cuando la familia se niegue a hacerlo. Proposición de modificaciones a la ley para que esto, en la medida de lo posible, no ocurra...

fgd: Públicamente ustedes habían manejado otros dos propósitos: el de servir como punto de mediacion para la realizacion de la prueba de seropositividad, cuando menos en la fase inicial.

Luis González de Alba: Sí.

fgd: ¿Permanece, entonces, como un propósito de la fundación, lo mismo que el relativo a...?

Luis González de Alba: Respecto a la prueba de ELISA lo que ha ocurrido es lo siguiente: en realidad la Secretaría de Salud está haciendo esta prueba, lo hace de manera gratuita y hasta ahora no se ha dado el caso de que haya rechazo, o bien, que no sea suficiente el esfuerzo de esa Secretaría. Nosotros intentamos, pero esto ha sido un aspecto un tanto fallido, quisimos hacerlo con los servicios de un laboratorio privado. Simplemente, queríamos ser una puerta más, por la cual la persona que así lo deseara pudiera hacerse esa prueba. No porque sea necesaria, tampoco porque las instituciones del sector salud fuesen insuficientes. ¡No! Estábamos pensando en la posibilidad llana de que hay quien prefiere ir a una Asociación Civil y no entrar en tratos con una institución gubernamental para solicitar este servicio. Hemos visto que la gran mayoría de los laboratorios privados envían sus muestras de sangre a los laboratorios de la Secretaría de Salud, lo cual genera una duplicación de distancias y de gastos: tienes que ir al laboratorio privado, aquí te toman las muestras, que no son analizadas por ellos, sino turnadas a los

centros de transfusiónn sanguínea y luego esperan a que los resultados retornen al laboratorio privado, para ser finalmente entregados al paciente. Cuando nos dimos cuenta que estaba ocurriendo esto, nos pareció absurdo y hemos preferido decirle a la gente que llega a solicitar el servicio, que vaya directamente a CONASIDA y se haga ahí el examen.

fgd: Un propósito también publicitado es el de la formación de grupos de apoyo psicológico, psicoterapéutico; no solamente a los enfermos, eventualmente también a los seropositivos y a sus familiares. ¿Es éste un propósito que permanece como uno de los ejes centrales del trabajo de la Fundación, o también fue eliminado?

Luis González de Alba: Queremos dar apoyo psicológico a los seropositivos, esto es, a las personas que habiéndose hecho un examen de sangre —la prueba de ELISA— resulten positivos, a sus familiares e incluso a los enfermos. Pensamos crear grupos que de manera voluntaria asistan (en respuesta a una solicitud necesaria) a los seropositivos, a los enfermos; que visiten a sus familiares, simplemente para informarles cuál es la realidad de la enfermedad, en qué consiste, qué es, cuáles son las mentiras que se han venido difundiendo respecto de ella. Esa sería la finalidad respecto de la familia o del círculo cercano; puede ser también para amigos del afectado.

fgd: ¿Y en el caso de los seropositivos y enfermos?

Luis González de Alba: Queremos abordar la cuestión mediante el tratamiento de la angustia. Dar una alternativa al enfermo y al seropositivo. Enseñarles a manifestar y a "expresar su angustia", a sacarla. De la misma manera, en el caso del seropositivo, informarle cuáles son los riesgos: por ejemplo, particularmente, de una reinfección, esto es, decirle que no todo está perdido. No se puede decir sin más: "como soy seropositivo ya no hay más que hacer", y entonces abstenerse de una vida sexual. No hay que perder de vista que las reinfecciones consecutivas pueden hacer que la enfermedad de SIDA se desencadene.

fgd: *En líneas generales parece que seguimos en el espacio de los propósitos: del deber ser y de lo que podría llegar a ser.* Cuestiones que aparentemente han sido discutidas en el interior de la Fundación. Pero *¿qué hay del es?* Informar, sí, efectivamente, pero *¿cómo?* Sabemos que hay dificultades de acceso a los grandes y más pertinentes medios de información colectiva. Los costos son altos, *¿cómo trabajará la Fundación? ¿A quién, a qué recurrir?*

Luis González de Alba: En cuanto a lo que ya hemos estado haciendo: hemos recurrido a los espacios que se nos abren de manera gratuita. Esto tiene una limitación inmediata: a uno lo invitan para

un cierto programa, pero lo invitan una vez. Hay muchos programas de entrevistas, en la televisión y en la radio, a los que se puede llegar con una cierta facilidad. Como hay interés en el SIDA, en tratar el tema por parte de estos medios, realmente no ha sido difícil abrirlos. Lo que ocurre es que hay una limitación: la continuidad.

fgd: Pero, ¿tienen un plan, un proyecto de programa, una estrategia, una campaña prevista?

Luis González de Alba: No.

fgd: ¿Van a discutirlo?

Luis González de Alba: Probablemente.

fgd: ¿Está en puerta?

Luis González de Alba: Simplemente nos hemos acercado a las personas que nos han buscado para ofrecernos su espacio. Alguno de los miembros de la Fundación consigue una cita para tal o cual programa, a equis horas, y entonces decidimos quién va, quién informa, y en qué términos. Lo que sí tenemos es una cierta estrategia general acerca del qué decir cada vez que tenemos acceso a uno de esos espacios: el qué decir, el qué informar y en qué términos informar...

fgd: Las leyes, las modificaciones a los códigos, a la legislación y eventualmente la creación de nuevas legislaciones, ¿cómo hacerlo? ¿Por medio de quién?

Luis González de Alba: Lo que ya hemos hecho es dirigirnos a los diputados que nos resultan más cercanos, porque son amigos o conocidos, o hay militantes de ese partido en la Fundación. En particular hemos hablado con Eraclio Zepeda y Arnoldo Martínez Verdugo del Partido Mexicano Socialista, para que promuevan en la Cámara de Diputados modificaciones a las leyes. Eraclio, ya en una reunión pidió que se formara una comisión que revisara las diferentes leyes, desde la Constitución hasta el Derecho Civil, Penal, etcétera, para que pudiéramos armar un proyecto general de cambio y no solamente referirnos a cierta ley o a cierto código de manera desarticulada.

fgd: De manera enfática, sin mayores detalles, podrías enunciar qué caminos, qué modificaciones sería dable sugerir desde la Fundación, y si la Fundación estaría abierta a la posibilidad de que representantes parlamentarios de otros grupos, incluso de "los no críticos", promovieran tal o cual legislación.

Luis González de Alba: ¡Pero claro! Queremos que los diputados del PRI se convenzan de estas modificaciones futuras. Eso nos daría la garantía de que las propuestas se aprobaran. No solamente estamos abiertos, sino que nos encantaría poder hablar con ellos:

manifestarles nuestras razones. Tenerlos, tal vez, al menos a algunos, previamente informados de lo que queremos hacer, para que no sea una sorpresa cuando este proyecto llegue a la Cámara.

fgd: Vertiste algunas ideas sobre las reformas a la legislación: una tiene que ver con servicios a pacientes en hospitales privados, ¿quisieras aclararla?

Luis González de Alba: Sí. A reserva de ver en detalle los problemas que pudieran resultar, se me ocurre que debería obligarse al hospital que niegue la atencion al paciente, sea público o privado, a ofrecer tal atención. De forma que ningún director de hospital, dueño o propietario, administrador o gestor, pueda decir: "aquí no, en el mío no, porque se me va la clientela". Que eso sea ley.

fgd: ¿Y si está lleno?

Luis González de Alba: Tal vez sería necesario probar que esto no es cierto; pero si está lleno, ¿qué se puede hacer? Nada. O en el otro caso, cuando te dicen: "usted llegó aquí por una neumonía. La neumonía está curada, usted está dado de alta". Ahí, personalmente le doy la razón al hospital: esa persona está dada de alta, ya no tiene neumonía, puede caminar, no necesita una cama. Se está esperando a otro desde hace dos semanas con pulmonía fulminante, y es a él a quien debe atenderse. Aquél que sufra una infección oportunista por la cual se le internó, una vez curado de la misma, debe dejar la cama. Esa es precisamente la legislación de tipo hospitalario que queremos impulsar. Y la segunda, la de tipo civil.

fgd: ¿Podrías profundizar en este campo?

Luis González de Alba: En México la legislación respecto del matrimonio es muy avanzada. Esto es, se acepta como una forma de matrimonio la *Unión Libre,* y hay obligaciones cuando se prueba la *Unión Libre* por más de cinco años. Sin embargo, la ley, al hablar de *Unión Libre* siempre supone que se trata de un hombre y una mujer. Queremos simplemente que no haya tal presupuesto. Ni siquiera es necesario que se introduzca la fórmula de si son dos hombres o dos mujeres, no es necesario. Basta con que se deje de hablar en masculino y femenino, y en ese momento la cobertura que ya hoy da la ley a la *Unión Libre* existirá para todo tipo de parejas. Para decirlo con otras palabras: se trata de garantizar los derechos de las dos personas que están en la *Unión Libre,* garantizarlo ante la sociedad, la familia, etcétera. También se buscaría promover, digamos que la obligación, la atención al cónyuge que, v.gr., enfermara. En esta medida, garantizamos que los hospitales no nieguen la atención y que tampoco el cónyuge deje de hacerlo.

Por otra parte, si la familia tampoco rechaza a su enfermo, por la información que le hemos dado y por el tratamiento psicológico

que ha recibido, veremos que la necesidad de las *casas-hogar* —de esta medida tan desesperada como sería un lugar a dónde ir a morir— en realidad, prácticamente, resultaría innecesaria o sería mínima. Lo que queremos es que no exista la necesidad de las *casas-hogar*. Desde la legislación también podríamos abordar este aspecto.

fgd: ¿Han pensado incidir en otros rubros de la legislación? No sólo en la "legislación mayor", sino en la "menor", en aquélla que tiene que ver con la participación de los representantes del sector trabajo en las instituciones públicas de salud... ¿No estaría inte resada la Fundación en establecer pláticas de acercamiento con los representantes del sector trabajo en las instituciones públicas de salud? Quizá esto pudiera resultar interesante, más cuando se sabe que el gasto público cada vez se reduce más, sobre todo en lo que toca a la compra de elementos para el correcto funcionamiento de los hospitales; cuando se deprime tan terriblemente el servicio a los derechohabientes, en un país, en donde una parte significativa de la población es derechohabiente. Es probable que se mejorara el servicio a los derechohabientes si se modifica un cierto tipo de legislación interna a cada uno de los tres sectores que conforman el aparato del *sistema de salud pública* en México.

Luis González de Alba: Por supuesto. Resulta evidente lo que acabas de afirmar. Esta urgencia la ha señalado recientemente el propio Secretario de Salud (en el Congreso de Cocoyoc). El hecho de que tengamos todo un aparato burocrático para llevar el ISSSTE y otro para conducir el Seguro Social y otro más para los hospitales de la Secretaría de Salud, y por si fuera poco, uno más para PEMEX. Todo esto lo que provoca es que en vez de pagar un buen laboratorio se erogue en 10 malos. Lo que nos está ocurriendo es que duplicamos la planta que hace funcionar a los hospitales no en los aspectos médicos, sino en los de apoyo administrativo, se quitan fondos a lo que sería la función principal del hospital: los aspectos médicos.

fgd: ¿Promovería entonces la Fundación una centralización racional del Sector Salud, no sólo para la cuestión SIDA, sino para el tratamiento de todo tipo de enfermedades?

Luis González de Alba: Sí. En esto habría dos cosas a promover. Aunque estamos a una gran distancia de lograrlo, de todos modos pugnaríamos por una propuesta de abaratamiento de los gastos administrativos en beneficio de los servicios médicos. En este terreno, el mejor apoyo son las declaraciones del Secretario de Salud, Dr. Guillermo Soberón. En segundo término, promoveríamos que la legislación manifieste, de manera expresa, que no se puede despedir a

nadie por tener un resultado de "seropositividad". Sabemos que ha habido casos de despido, negativa a dar empleo, aun cuando un seropositivo no es alguien que pueda infectar a otro por el trato en la cotidianeidad o en el trabajo. También sabemos que en el caso del SIDA, la infección no sigue los caminos de la hepatitis, o de la viruela, o de enfermedades de fácil contagio por el trato común: sólo se transmite por sangre o por relaciones sexuales. Fuera de esto la persona puede desarrollar su vida normalmente, rodeada de otros trabajadores a los cuales no puede llegar a infectar. Entonces, se da ese aspecto laboral, que también debemos enfrentar por medio de una legislación que impida el despido o la negativa al trabajo cuando se base en tales elementos.

fgd: Un asunto que ha venido quedando pendiente, en esta charla, es el de la casa-hogar. Esto es algo muy sugestivo, se habla de ello en distintos círculos, y a nivel de opinión pública se identifica a la Fundación, muy ampliamente, con ese propósito. ¿No será que éste es un asunto que en la propia Fundación no está suficientemente discutido? Porque públicamente se manejan criterios como los siguientes: "para la gente que está desamparada", "para gente que por su misma condición sociocultural y económica probablemente sea rechazada..." En un país en donde hay tanta gente así, ¿no crees que sería peligroso fracasar, más cuando tenemos una sociedad civil que participa poco y casi nunca se organiza para defender y promover sus derechos? Por ejemplo: 100 enfermos internados son 300 comidas diarias. Esto es muchísimo dinero, amén de otros gastos de mantenimiento. No se si se tendrían que organizar 300 conciertos al año, como el del 6 de diciembre pasado, sólo para mantener 100 internos.

Luis González de Alba: Tienes totalmente la razón.

fgd: ¿No se estará equivocando la estrategia? Con muy buenas intenciones, con muy buenos propósitos, pero quizá cayendo en sustituir o pretendiendo sustituir al gobierno en sus obligaciones.

Luis González de Alba: En realidad si el problema continuara avanzando a la velocidad que se le ve, llegaría el momento en que ni nuestros médicos, ni los del gobierno, ni los de organismos internacionales serían suficientes. Por eso nosotros partimos de que nuestra respuesta en términos de asistencia a través de la *casa-hogar*, sólo será para casos desesperados. Si después de haber dado información a la familia acerca de que no hay riesgo de contagio con su enfermo, y de haberles dicho que pueden tener a su enfermo con ellos. Si después de haber exigido que su pareja lo atienda, y que esto sea hasta por ley, que los hospitales no nieguen el servicio, etcétera. Si después de todo esto nos encontramos con que hay una

persona que ni tiene pareja, ni tiene familia, seguramente la *casa-hogar* serviría...

fgd: Puede ser. Pero ¿a quiénes?, porque si son tantos...

Luis González de Alba: Siempre hay un filtro natural en esto. Una persona que pudiera pagarse su departamento, su casa, lo que fuera, aunque no tuviera familia ni nada más, si puede pagarse en dónde vivir, creo que difícilmente nos pediría el pequeño cuarto de una cama o dos literas... o algo por el estilo. De la misma manera, esta gente no va a solicitar al DDF uno de esos lugares que hay repartidos por la ciudad y que sirven para pasar la noche...

Ahí en donde le dan a uno una manta... nosotros nunca lo solicitamos... lo hacen quienes están literalmente en la calle.

fgd: Un punto muy neurálgico es el de las relaciones de la Fundación con otras instituciones. Por ejemplo, con la así llamada *sociedad política*. En la Fundación hay reconocidas personalidades que han trabajado en el gobierno, otros que han sido militantes de partidos políticos, y así sucesivamente. En México tenemos poca experiencia en la sociedad civil, de manera que en los vínculos con las instancias políticas ocurre con frecuencia el fenómeno del corporativismo, de la integración corporativa de los grupos, de los intelectuales, a la oficialidad. También se han dado muchos casos de instrumentalismo desde las instituciones políticas de la crítica y de la oposición de izquierda. ¿Ha pensado en esto la Fundación? ¿Cuál es su postura? ¿Cómo relacionarse con la sociedad política y cómo relacionarse con otras instituciones? ¿Es la Fundación una institución autónoma, o qué?

Luis González de Alba: ¡Absolutamente! En particular nuestra relación con la Secretaría de Salud ha sido regularmente de colaboración. No hemos tenido ningún enfrentamiento por la política respecto al SIDA, puesto que ha sido abierta. Si nos ofrecen condones los tomamos, si nos ofrecen folletos los repartimos. ¿Podría esta situación volverse corporativa, o generar —de alguna manera— un nexo orgánico que nos convierta en una especie de apéndice que le hace el trabajo a la Secretaría de Salud? Este es un riesgo que corren todos los grupos, y todos los ciudadanos, para el cual no hay una fórmula que yo pueda decir, sea ésta o la otra. No tenemos garantizado eso, cualquier crítico del Estado mañana o pasado puede aceptar la Secretaría de Gobernación... no hay garantías ni antídotos en contra. Lo único es que nos hemos constituido en una asociación civil y que independientemente de la militancia de algunos de los miembros de la Fundación, en un partido o en otro, no tenemos ningún vínculo de tipo orgánico con nadie.

Con respecto a la Secretaría de Salud, lo único que hasta ahora tenemos es coincidencia de intereses. Por ejemplo, para repartir

folletos y condones. Todos sabemos lo que ocurre en las instancias gubernamentales: hacen las cosas, pero primero que nada son para que el superior las vea, y para que sepa que **yo, el subordinado, hago y trabajo;** después si se reparten o no, eso ya no importa mucho...

fgd: ¿Está difundiendo información, la Fundación, en los hospitales? Porque a raíz del movimiento de paros y de manifestaciones en el IMSS, en muchos hospitales y clínicas se han quedado guardados los folletos, no se han repartido. Varias de las demandas de los trabajadores coinciden con algunas de las medidas de seguridad que tendrían que seguirse, en esos folletos se menciona la necesidad de utilizar ciertas amonias, alcoholes, uniformes, guantes, etcétera, cosas todas que debido a la disminución del gasto público no se surten con regularidad. ¿Promoverá la Fundación con todo esto, que se difundan esos folletos?

Luis González de Alba: Sí, pero no en los hospitales. Realmente no tenemos vínculos con las direcciones de hospitales como para hacerlo. Yo ya me habia enterado de que no se repartían, porque, sin entrar en los detalles que acabas de señalar, hay un interés añadido en no repartirlos para que los trabajadores no exijan lo que el folleto plantea. Además para que esto no ocurra basta el espíritu burocrático de la dirección de los hospitales a los que llegan los folletos, para que se "guarden". Lo que nosotros hemos hecho es pedir folletos a la Secretaría de Salud, y repartirlos en algunos lugares que nos han sido más accesibles como los bares Gay, las manifestaciones, marchas, mítines, y demás.

fgd: ¿Quiénes integran la Fundación y por qué se dice que este grupo es representativo de un sector de la población?

Luis González de Alba: Realmente la Fundación se constituyó de una manera muy azarosa. Primero, yo pensé en un grupo, no sabía de qué estilo, que promoviera cosas muy elementales. Nunca había pensado en tantos programas ni en tantas cosas. Sólo quería que promoviera el reparto de los folletos de la Secretaría de Salud, que pudiera hacerlos suyos, que repartiera condones y que entrara a ayudar en casos muy desesperados. Estaba enterado, por ejemplo, que un amigo tenía en su casa a una persona enferma de SIDA, y que no sabía qué hacer y que ni siquiera tenía la más elemental información acerca de los riesgos. Entonces, en una primera reunión a la cual yo llamé, muy al azar, a personas que supuse podrían interesarse, y que podrían ayudar con dinero, sea porque lo tuvieran o lo pudieran conseguir con sus amigos ricos, la cosa pareció progresar. En la segunda, tercera y cuarta reunión el asunto fue creciendo: fue viniendo mucha gente a la que yo a veces ni conocía, porque

mis amigos a su vez invitaban amigos y luego empezamos a pensar en faltantes, por ejemplo en grupos ya organizados como Cálamo y Guerrilla Gay, y yo a decirles a los que ya estaban organizados en la Fundación que había que invitarlos también. Este es el origen y por eso tiene una forma muy heterogénea y a veces tan...

fgd: ¿Cuántos miembros son ahora?

Luis González de Alba: Esa es una buena pregunta...

fgd: ¿Cuántos son los dirigentes?

Luis González de Alba: Hay uno que es el presidente (Carlos Beltrán) y un vicepresidente (Guadalupe Loaeza), y luego después de eso, todo es largo y confuso. Tenemos supuestamente una vicepresidencia que promovería actos como los del Auditorio, que ocupan Lilia Roschbach y Braulio Peralta. Otra que llevaría las cosas contables en donde está Ernesto Araiza. Pero, te digo, ya allí empieza a no ser del todo claro quiénes están en las cuestiones de la contabilidad, quiénes ayudan a Lilia y a Braulio, quiénes están formalmente en la Fundación y quiénes no. Tengo una lista de treinta personas que asistieron a alguna, o algunas, de las primeras reuniones. Dijeron que querían estar, se mostraron interesadas, dejaron firma, teléfono, etcétera. Pero en el momento en que nos conformamos legalmente, ante un notario, no llegaron, y sin embargo, les pusimos en un libro de actas que tenemos, en el libro de actas ni siquiera está su firma. No sabemos si contamos con ellas, o no. Al menos ya he promovido tres reuniones que han sido fallidas, en cambio se han acercado nuevas caras. Es evidente que requerimos una reunión con mucha difusión, bien armada, para que nadie pueda decir que no supo, que no le llegó la llamada por teléfono, etcétera. Porque ya empieza a ser una dificultad, un tropiezo constante.

fgd: ¿Qué otras dificultades tiene la Fundación? ¿Qué planes tienen para enfrentar esas dificultades? ¿Han previsto problemas a futuro? ¿Qué priorización de lo económico han proyectado y establecido ya hoy?

Luis González de Alba: No hay nada definitivo respecto de lo económico: muchas cosas se establecerán después de recibir los dividendos del concierto del Auditorio*. Antes habíamos hecho una venta de objetos artísticos en el Museo del Chopo, pero en realidad, de los resultados no hubiéramos podido pagar ni un par de meses de renta de unas oficinas medianas. Entonces, ese es nuestro principal obstáculo: cualquier cosa que nos propongamos hacer cuesta mucho y no tenemos lo suficiente. Hasta el momento hemos venido solventando esta dificultad con aportaciones personales de

*Se recibieron aproximadamente 17 millones de pesos fuera de gastos.

dos o tres de los miembros que sirven simplemente para lo elemental.

fgd: ¿Pero cuál es la prioridad económica? ¿Cuáles son los proyectos? ¿Difusión masiva de información? ¿Organización del aparato administrativo de la Fundacion? ¿A dónde va a ir el dinero?

Luis González de Alba: En lo administrativo soy de la opinión que tengamos un aparato mínimo y de preferencia que no costara. Lo cierto es que hasta hoy no lo hemos podido implantar. Hemos conseguido un espacio en donde no nos cobran la renta, pero no lo hemos podido montar. Es algo así como una oficina futura que aún no consigue ser un lugar en donde realmente trabajemos, recibamos gentes, demos informes, etcétera. Nos faltan medios económicos hasta para pagar una secretaria, conseguir más líneas de teléfonos, etcétera.

La Fundación no acaba de tener claro qué puede hacer. Fuera de la difusión en los espacios gratuitos que se nos han abierto, ¿qué podemos hacer que esté a nuestro alcance? ¿Producir, por ejemplo, *spots* de 30 segundos para la tele? No tiene sentido en la medida que no tengamos garantizados tiempos de transmisión que no cuesten. ¿Hacer un video, un spot de 15 segundos con lo que saquemos del Auditorio? Lo podríamos hacer, pero luego, ¿cómo haríamos la permanente transmisión del mismo? ¿En qué horarios y a qué precios? Esto ya no lo podríamos pagar.

fgd: ¿Han tenido pláticas con la Secretaría de Gobernación para una posibilidad de ese género?

Luis González de Alba: Aún no, pero es una de nuestras perspectivas: conseguir tiempos oficiales.

fgd: ¿Cómo han contemplado la vinculación con otro tipo de instituciones, que no son ni la Secretaría de Salud ni instituciones oficiales o partidos políticos: con la iglesia, los empresarios, la iniciativa privada?

Luis González de Alba: Ya he dicho que nuestro comienzo fue muy azaroso, con el tiempo hemos llegado a pensar en ampliar nuestra red de relaciones. En la Fundación tenemos uno o dos miembros que son personas cercanas a la jerarquía más liberal de la iglesia; con curas liberales que en algún momento nos podrían servir de contacto con personas de las que no tenemos ninguna referencia. Hemos enderezado la vista hacia algunos empresarios, cuyas aportaciones a la Fundación les serían deducibles de impuestos. A propósito de esto, también estamos buscando algo que ahora está en marcha: conseguir nuestra propia excención de impuestos.

diciembre de 1987.

JUEGA SANAMENTE

PROTEGIENDO A QUIENES AMAS
Y A TI MISMO...

Para que todos salgamos ganando!



Proyecto Azomalli

LA SOCIEDAD CIVIL EN LUCHA CONTRA EL SIDA
Entrevistas

ricardo navarro ballesteros

PRESENTACION

Este trabajo parte de la idea de informar sobre algunos de los intentos que en nuestro país se practican, desde la sociedad civil, frente a un destino incierto y doloroso, como es el de nuestra salud frente al SIDA.

Más que la tragedia del proceso mismo de la enfermedad, se trata de la corporización de ideologías que tienden a normatizar la existencia y el cuerpo humano de acuerdo al sexo, la religión, clase social, edad, raza, opción sexual, o estado físico y mental. Ideologías expresadas en toda una serie de *fantasías punitivas* para explicar las causas, efectos y posibilidades de transmisión de esta enfermedad. Ideologías que se traducen en la discriminación-segregación de los enfermos y de los que se cree posibles portadores, e inclusive, responsables del padecimiento (basta recordar, por mencionar algunos casos: su denominación como *peste gay,* la interpretación como *castigo divino* o, pensando en la prensa, como título del reportaje en una famosa revista: "SIDA: la muerte entre nosotros". ¿Es que alguna vez dejó de estar la muerte entre nosotros?

Estas fantasías cobran mayor peso que la realidad en un ambiente de gran desinformación y en una sociedad acostumbrada a saldar sus temores y dudas con mitos. "Basta ver una enfermedad cualquiera y tenerle miedo para que se vuelva moralmente, si no literalmente contagiosa...". (Susan Sontag).

El trabajo de los grupos que a continuación se presenta se inscribe en este contexto.

GRUPO ORGULLO HOMOSEXUAL DE LIBERACION-CENTRO DE APOYO A LA COMUNIDAD GAY, A.C. (GUADALAJARA).

Ricardo Navarro: Me gustaría que me hablaras sobre el trabajo que realizan con respecto al SIDA.

Pedro Preciado: Una de las acciones importantes, fueron las Jornadas Sobre el SIDA, que realizamos del 15 al 20 de junio de 1987. Comenzó con la exhibición de la película "Una helada temprana", dirigida por John Erman. Esta es una película que plantea el problema de la discriminación a los enfermos de SIDA en la casa, en el trabajo, etc. Al final hubo un debate para sensibilizar. Al siguiente día, el Dr. Eduardo Vázquez, director del Instituto de Patología Infecciosa y Experimental de la Universidad de Guadalajara, impartió una conferencia sobre los aspectos epidemiológicos del SIDA.

El día 17, otro catedrático de la Universidad Autónoma de Guadalajara y jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital Civil, habló sobre los aspectos psicológicos, de cómo impacta a una persona el saber que se tiene SIDA, o el ser seropositivo y de cómo afecta a sus relaciones.

El día 18, Luis González de Alba, investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México y escritor, habló sobre los aspectos sociales, de cómo se ha manejado la información sobre el SIDA en los medios de comunicación, y el impacto que ha tenido en la opinión pública.

El día 19, Juan Jacobo Hernández, que es miembro del Colectivo Sol de Liberación Homosexual, dió una conferencia sobre los aspectos políticos, en una mesa sobre las reformas a la *Ley General de Salud,* y lo que la gente gay ha hecho a este respecto frente a la Cámara de Senadores y de Diputados.

El día 20, para cerrar con broche de oro, el Dr. Héctor Gallardo Rincón, que es el Director de los Servicios Médicos del Gobierno del Estado, aceptó, por primera vez en la historia del movimiento gay en Jalisco, asistir a un evento organizado por nosotros y reconocido como gay; expuso la postura de las autoridades de salud frente al SIDA y frente a la comunidad homosexual. Allí confirmamos, cuando menos de palabra, que no hay ninguna intención de perseguir homosexuales.

Otro evento importante fue el del 26 de agosto, cuando el Diputado por el Quinto Distrito Electoral de Jalisco, nos invitó a partici-

par en una mesa redonda organizada por el PRI en la Casa de la Amistad Internacional de Guadalajara; uno de los ponentes fue el Dr. Mario Paredes, que es el médico de cabecera del Gobernador, y el otro fui yo. El público que asistió, era básicamente de clase media y alta. Es la primera vez que nos invita el PRI, y es la primera vez que hablamos ante un público de este tipo. Fue una experiencia interesante: no nos aventaron piedras, ni nos chiflaron, inclusive hubo aplausos, felicitaciones al final, reconociendo nuestra labor con respecto al SIDA y en general por la defensa de los derechos de la gente gay.

Quisiera decir que no hay semana en que no tengamos dos o tres invitaciones para hablar en todo tipo de foros, por ejemplo universitarios, ya sea en foros a los que asisten los alumnos, o en los mismos salones de clases.

En cuanto a los medios de comunicación, se ha realizado un amplio trabajo. Participamos una semana de programas radiofónicos sobre el SIDA, una jornada en un núcleo de estaciones como *Radio Ranchito,* donde transmiten música ranchera y es escuchada por muchas amas de casa. También estuvimos presentes en núcleos radiofónicos como el de *Las cinco horas de la alegría, canal 58* y *Súper Stereo,* que tienen una audiencia juvenil. En innumerables ocasiones hemos participado en programas de las radiodifusoras culturales, de Gobierno del Estado y de la Universidad de Guadalajara.

Ricardo Navarro: ¿Cómo ha sido la respuesta de la gente, cuando ustedes se presentan a hablar sobre el tema?

Pedro Preciado: Muy buena, yo creo que el que los homosexuales hablemos sobre SIDA y aprovechemos para hablar sobre homosexualidad ha tenido muy buena aceptación, pero es producto de tantas campañas de información que se han hecho sobre el SIDA, y nosotros somos quienes tenemos más tiempo en Jalisco haciéndolo.

Desde 1983 organizamos el primer evento sobre el SIDA, cuando en México apenas se estaba hablando del primer caso y cuando en EUA sólo tenían dos años de haber detectado los primeros casos. Tenemos pues, una tradición de trabajo, que toman en cuenta muchas gentes en el medio informativo, en el gobierno, en la comunidad homosexual y en la población en general. Por otra parte, mucha gente cuando escucha una ponencia o un punto de vista nuestro, como que toman partido y se quejan de la mala información.

Ricardo Navarro: ¿Qué servicios prestan en su local?

Pedro Preciado: En lo que respecta a la información, tenemos

entre 15 y 20 folletos distintos sobre SIDA y sus diferentes aspectos, la mayoría son de la Secretaría de Salud o de instituciones de lucha contra el SIDA en EUA. para latinos, o sea que están en español, y algunos son nuestros. Por otra parte, tenemos un seguimiento informativo, estamos recopilando la información de un periódico nacional *La Jornada* y uno local *El Informador* y de revistas, con ello estamos haciendo una historia documental de la información sobre SIDA, esto lo comenzamos desde marzo pasado y ha servido para investigadores sociales. Tenemos una videoteca con alrededor de 12 videos sobre SIDA, algunos son conferencias que hemos grabado, otros son porno versión *sexo seguro.* Lo anterior está a la disposición de la gente que quiera información.

En cuanto a la prevención, distribuimos 6,000 preservativos mensuales. Esos preservativos en un 75% vienen del IMSS por un convenio que tenemos con ellos, y en el que se acuerda la atención a los enfermos de SIDA aunque no sean derechohabientes. Cierto es que hay mucha discriminación en el IMSS, pero de que te estés muriendo en tu casa a que te atienda, pues ya es ganancia. El otro 25% de preservativos, vienen del Gobierno del Estado, lo cual habla de que si bien el Estado no simpatiza con la causa gay, sí nos hemos ganado el derecho a ser interlocutores del Estado, particularmente en la cuestión del SIDA.

Hay que decir, también, que nuestro departamento de psicología está funcionando a todo vapor, los martes y jueves de 4 a 9 de la noche. Tiene dos psicólogos que atienden problemas en general de la gente gay, pero que están empezando a tener gente que se bloquea por la cosa del SIDA. Está el consultorio médico que funciona casi todos los días.

Ricardo Navarro: ¿Sólo se atiende a gente gay?

Pedro Preciado: No, el centro está abierto a todo tipo de gente, pero la población que asiste es en un 95% homosexual.

Ricardo Navarro: ¿Sientes que la actitud de la gente frente a la sexualidad a cambiado?

Pedro Preciado: Yo creo que el SIDA ha golpeado anímicamente a mucha gente. Las campañas amarillistas en torno a él, han reforzado la culpabilidad que nuestra cultura sexual nos ha hecho sentir, y de alguna manera la gente que sale positiva en sus exámenes, siente que es porque se ha portado mal; lo que nosotros tratamos de combatir es esa actitud. De ninguna manera debe de justificarse el SIDA por ser homosexual o por tener una vida "diferente", "desmadrosa", o como quieras llamarle.

Por otro lado, yo creo que ahora hay mucha gente que ya no se presta al sexo "fácil" (por llamarlo de algun modo), sino que tiene

precauciones, usa condón, trata de seguir los consejos del *sexo seguro,* que hemos discutido mucho aquí. También, se ha revalorizado, de alguna manera, la cuestión de la pareja, de tener un compañero por temor al contagio del SIDA. No he pensado suficientemente, sobre si esta tolerancia que se está viendo, sobre todo ahora, en tiempos del SIDA, se deba a la coyuntura que la misma enfermedad está imponiendo, o a que estamos participando de un cambio muy importante en la mentalidad de la gente, en la sociedad. Yo soy muy optimista y creo que es lo segundo.

Creo que el SIDA está ayudando a que más rápidamente la gente tome conciencia de su cuerpo, de su sexualidad, de su placer, de su derecho a la elección.

Ricardo Navarro: ¿Cómo ha sido en ustedes la forma de abordar la temática de la sexualidad, por ejemplo en los casos en que la gente no tiene pareja fija y/o relaciones múltiples?

Pedro Preciado: Nosotros lo que decimos es que es importante que la gente no entienda al SIDA y las campañas de información de éste como un NO al sexo, porque el sexo es, como siempre ha sido, una parte muy importante en nuestra vida, y no solamente el sexo si no todo lo que está alrededor del sexo homosexual: esto de ligar, la multiplicidad de parejas sexuales, la vida nocturna. Me parece que esto es ya parte de nuestras vidas, creo que nos enfermaríamos si no continuamos como hemos estado viviendo hasta ahora; se trata simple y llanamente de tomar precauciones en el estilo de vida que cada quien tenga.

Con respecto al gobierno, te decía que nos hemos ganado el derecho a ser interlocutores, en cualquier problema que tenga que ver con el SIDA recurren a nosotros, y en las cartas que hemos dirigido al Gobernador para plantear nuestra protesta por cualquier discriminación que se efectúe por motivo del SIDA, nos han respondido diciendo que hay garantías; si tú quieres son respuestas retóricas, pero están selladas por el Gobierno del Estado, dirigidas a nuestra organización, y se han girado instrucciones a las autoridades correspondientes para que cese cualquier descriminación por este motivo.

Ricardo Navarro: ¿Con respecto al movimiento Gay, sientes que han cambiado las formas de organización?

Pedro Preciado: En nuestro caso, el SIDA viene a ser una actividad mas, aunque creo que depende de cada grupo. Nuestro local se abre desde las diez de la mañana y cerramos hasta las once de la noche, a veces hasta la una de la mañana, sólo las oficinas del Centro de Apoyo, sin tomar en cuenta las otras actividades como la disco, y el café que tenemos. Desde la mañana está sonando el telé-

fono y están los estudiantes, de todas las universidades, investigando. Digamos que el SIDA ocupa una parte importante de nuestro tiempo y también de nuestra preocupación, pero no es todo.

Ricardo Navarro: ¿Hay otros grupos en Guadalajara que trabajen en la cuestión del SIDA, desde la sociedad civil?

Pedro Preciado: Hay un grupo que se llama Proyecto Azomalli, es un grupo pequeño, que tiene un localito con teléfono, ellos no se autonombran grupo gay, sino grupo amplio y con un trabajo dirigido a la población en general. Han editado un folleto y un póster muy buenos sobre el tema, también han sido invitados a eventos; pero digamos que es un grupo con menos recursos, con un poquito de problemas y con mucho menos arraigo dentro de la comunidad. Ellos tienen año y meses, pero su labor es muy importante; a veces van a las esquinas donde se liga mucho y distribuyen preservativos y propaganda.

GRUPO CALAMO, ESPACIOS Y ALTERNATIVAS COMUNITARIAS, A C

Ricardo Navarro: ¿Qué tipo de trabajo realizan con respecto al SIDA?

Arturo Vázquez: Antes que nada quisiera darte unos antecedentes del grupo. Cálamo, cuando se formó, no tuvo como eje principal el trabajo del SIDA, en ese entonces (hace dos años y medio) cuando la crisis no era tan difícil, sólo se hacían algunas actividades de información para combatir la idea de que SIDA es igual a homosexualidad, participamos en algunas actividades defendiendo la causa homosexual, en cuanto que no éramos los culpables, ni los provocadores. Posteriormente, cuando las cosas empezaron a cambiar, fuimos dándole mayor importancia a las actividades que se requieren para esta cuestión del SIDA. El trabajo de Cálamo al respecto no es mucho, se ha intensificado, pero no se ha convertido en algo de primera importancia; la razón de esto, es que hay grupos que se dedican específicamente a esta problemática, y nosotros no hemos eliminado todas las demás actividades que tenemos.

En cuanto al SIDA, hemos establecido dos ejes de trabajo. Por una parte, la labor de información sobre prácticas de *sexo seguro* y todo lo que esto implica, es decir, fomentar el uso del condón, impulsar el cambio de actitudes frente a la sexualidad, para que la gente sepa que existen prácticas de menor riesgo o prácticas de sexo seguro, para que el virus no se siga expandiendo. Esta información se proporciona a la gente que llama o asiste a nuestro local, pero

abarca también pláticas en el bar "El Taller" en la Disco Bar "El 9", y programas de radio.

Por otro lado, están los servicios para atender a los compañeros seropositivos y a los que tienen SIDA, pues sabemos que hay una gran carencia de apoyo para ellos. Con respecto a esto, nosotros hemos tratado de crear grupos de apoyo, ya sea de terapia psicológica o de dinámica grupal, de vivencia, etcétera, para que las personas que deciden hacerse la prueba y tengan un resultado positivo, cuenten con apoyo posterior; porque lo que hace el gobierno ahora es pedir que la gente se haga la prueba y dejarlos morir luego solos. Obtener un resultado positivo en la prueba de anticuerpos, es algo bastante cabrón y mucha gente no está preparada para ello. En Cálamo, hemos querido hacer grupos de apoyo para la gente seropositiva, pero la afluencia de estos casos está en los lugares donde practican la prueba. Lo que nosotros impulsamos hasta hace poco, fue firmar un acuerdo con la Fundación Mexicana contra el SIDA, para que ellos nos canalizaran a los seropositivos (para incluirlos en los grupos de apoyo) tal acuerdo no se llegó a firmar, aunque tampoco se ha desechado.

Ricardo Navarro: ¿Con cuánta gente cuentan para brindar este apoyo?

Arturo Vázquez: Para dar la información a quien llame por teléfono o se acerque al local, están el secretario y cuatro personas más, dentro de las que se cuentan los médicos.

Ricardo Navarro: Además de los planes que me mencionabas, ¿hay algún nexo con instituciones de salud para canalizar gente o para algún tipo de apoyo?

Arturo Vázquez: Sólo la Secretaría de Salud, con quien se tiene el compromiso de que nos entreguen folletos, condones (pedimos 6,000) y lo que ellos llaman "promocionales", que son calcomanías de las que dicen: "Yo amo con condón", "El SIDA, sí da". Los cuales distribuimos con toda la gente que llega al grupo.

Ricardo Navarro: ¿Cómo se ha abordado lo referente a las relaciones sexuales a partir del SIDA?

Arturo Vázquez: No hay un discurso grupal, pero lo que hemos hecho es dejar abiertas las posibilidades, informando a la gente lo más objetivamente posible, para que decida qué hace con su vida sexual. No hemos dicho, por ejemplo, "tienes que hacerte la prueba" o "tienes que dejar de ser promiscuo", ni "la monogamia es la solución". Hemos planteado el trabajo de manera diversa, pero siempre orientado a un mayor bienestar del homosexual con respecto a su condición. Eso explica los talleres, los servicios y los otros espacios que estamos previendo en el grupo.

Finalmente, sigo pensando, que el SIDA es un elemento más dentro de la problemática de los homosexuales, y además existen en México miles de homosexuales, que no sólo tienen broncas referidas a esta crisis de salud, sino más bien, broncas en la familia, de aceptación, en el trabajo, en ese sentido, nosotros lo vemos desde una perspectiva más amplia, vemos al individuo desde su naturaleza social, no fragmentada.

GRUPO GUERRILLA GAY

Ricardo Navarro: ¿Qué tipo de trabajo realizan en torno al SIDA?

Xabier Lizarraga: Nuestro grupo tiene características especiales, pues es un minigrupo y de lo que se trata es de hacer trabajo de concientización (dar clases, escribir, conferencias, etc.) sobre el tema de sexualidad en geneal y sobre homosexualidad en particular. Evidentemente, cada uno hemos ido abordando el tema del SIDA, por una u otra razón, aunque como grupo no tenemos un programa o proyecto para trabajar con respecto al SIDA; incluso puede haber discordancia entre lo que hace un miembro y otro del grupo. En lo particular, mi trabajo ha consistido en artículos y pláticas, entre estas últimas, están las que organizamos con Cálamo en el bar ''El Taller'' permamentemente, en donde ya se ha hablado varias veces sobre diferentes aspectos del SIDA. Otros miembros del grupo han escrito sobre esto, o hecho el trabajo que menos se ve, como es el recopilar información de otros países y traducirla al español. Un punto más en esta labor (y esto lo hemos hecho todos los miembros del grupo) ha sido la asesoría a personas que preguntan sobre lo que es realmente el SIDA. Estas cuatro gentes que estamos en Guerrilla Gay (democráticamente: dos hombres y dos mujeres) hemos hecho labor en el grupo profesional en el que cada quien trabaja, o en el sector de la población al que tiene acceso.

Ricardo Navarro: ¿Tienen algún nexo con instituciones?

Xabier Lizarraga: El trabajo de *Guerrilla* sale de nosotros, nunca hemos buscado apoyo de tipo económico, aunque tenemos proyectos de investigación que no hemos podido arrancar por falta de recursos.

Ricardo Navarro: ¿Qué respuestas han dado frente a las agresiones contra homosexuales, producto de la homofobia, que en algunos casos se ha agudizado con el SIDA?

Xabier Lizarraga: Lo que hemos hechos es unirnos, firmando

cartas de denuncia que se han publicado en los periódicos.

Ricardo Navarro: Como gentes que vienen del movimiento gay, y tomando en cuenta la actitud de remarcar la necesidad de liberación del deseo homosexual y su práctica, ¿qué cambios sienten que han tenido ustedes en la forma de abordar la temática de la sexualidad a partir del SIDA?

Xabier Lizarraga: Yo creo que a partir del SIDA nuestro discurso no cambió, digamos que cambiaron detalles, en cuanto que tuvimos que agregar todos aquellos elementos que tienen que ver con la presencia del SIDA, por ejemplo, hace cinco años hablaba yo del condón como un preservativo de enfermedades (ese es su origen), como un posible método anticonceptivo, el único que va dirigido al hombre. Es decir, se hablaba del condón dentro del discurso sexológico, pero nunca dentro del discurso homosexual masculino, la presencia del SIDA te hace incluirlo, pero de hecho el discurso sexo-político básico no ha cambiado por el SIDA, ha cambiado por aprendizaje. Cuando empezamos con los grupos de liberación homosexual en 1978, estábamos inventándonos la forma de hacer la revolución sexual con datos de aquí o de allá, a partir de entonces y claro que hay un cambio, pero es por maduración de un proceso.

Ricardo Navarro: Y en cuanto a la comunicación y la responsabilidad en las relaciones de pareja, por ejemplo entre los hombres gay, donde en algunos sectores existe la costumbre de tener frecuentemente parejas ocasionales, ¿ha habido algún tipo de crítica a estos estilos de vida?

Xabier Lizarraga: El problema de la comunicación en la pareja o con el compañero sexual esporádico o momentáneo, no surge en nosotros a partir del SIDA, surge a partir de nuestra formación sexológica: desde antes que supiéramos de la existencia del SIDA, nosotros ya manejábamos que no importa si vives en pareja estable o si tienes "ligues" esporádicos, hay que tener una comunicación a nivel afectivo. Claro que ahora se hace más necesario recalcar la comunicación sexual que tengan los involucrados en una relación, sea una pareja o sea sexo colectivo.

Ricardo Navarro: La organización de los grupos gay se ha venido modificando, no por el SIDA, pero ¿crees que se hayan dado cambios específicos a partir de esta cuestión?

Xabier Lizarraga: Sí, creo que ha habido modificaciones, pero no son producto total del SIDA; éste dio un empujoncito a lo que ya se venía dando: el movimiento de liberación gay de grupos organizados, (porque hay mucha gente independiente) llegó a tener guerras intestinas, después vino un momento en que se decía que el movimiento había muerto, pero fué una época de replanteamientos

y un poco sumergirse en sí mismo para volver a planter cosas al exterior. No se veía tanto, pero el movimiento seguía allí, quizás con más fuerza porque se estaba revolucionando a sí mismo, y el SIDA ha ayudado a suprimir esta tendencia a la guerra intestina.

Ricardo Navarro: ¿Cómo concibes la labor de los grupos y/o gente independiente del movimiento gay con respecto al SIDA?

Xabier Lizarraga: He llegado a la conclusión de que cada uno como individuo o como miembro de un grupo, debe decir qué es lo que puede hacer y no proponerte metas inalcanzables. Lo que sí creo que hay que hacer es, primero, una lucha contra el "clóset". Yo creo que a estas alturas y teniendo el SIDA la presencia que tiene, el "clóset" ya no es permisible. Basta de que el discurso oficial y el religioso obliguen al "clóset"; basta de esos matrimonios ficticios que tienen que justificarse reproductivamente sin dejar de lado la experiencia homoerótica, porque esto va a aumentar la propagación en otros sectores (de hecho ya no se puede hablar de grupos de alto riesgo, todos los grupos son de alto riesgo).

Ricardo Navarro: Y pensando que el riesgo existe para todos, ¿cuáles serían las necesidades fundamentales, en términos de sociedad?

Xabier Lizarraga: Las necesidades inmediatas son, por ejemplo, educación sexual objetiva y sin prejuicio, que en este país la gente de cualquier edad, de cualquier religión, sexo, partido político, etc., se atreva a llamarle pene al pene, vagina a la vagina y así sucesivamente, y no andar con eufemismos como "aquí", "aquello", "la cosita", "la pirinola", porque son ambigüedades. Esto también obligaría a que las leyes y el discurso oficial fueran menos ambiguos, aunque en este punto se ha logrado algo: por primera vez oímos a un ministro de Estado hablar de orgasmos en televisión, o hablar de que el semen se puede ingerir. Pero aún así se han escondido muchas cosas: por ejemplo en la campaña de la prueba de ELISA para VIH, te dicen que si te haces la prueba mantendrán tu persona en el anonimato, pero si quieres saber los resultados tienes que dar tu nombre, o si no quieres darlo, entonces tu registro federal de causantes. Todo esto hay que denunciarlo.

BRIGADISTAS EN SALUD EN LUCHA CONTRA EL SIDA

Ricardo Navarro: me gustaría que me platicaran de su trabajo en general, para aterrizar en lo específico del SIDA.

José Ignacio Padilla: Estamos en un proceso de capacitación en alternativas de salud, como son la bioenergética, reflexología, magnetoterapia, moxibustión, microdosis, electropuntura, para que puedan ser utilizadas por nosotros como brigadistas, y para transferirlas a otras gentes para autoregular su salud, ya sea frente a un miedo a la enfermedad o en casos de relación directa, como puede ser el CRS (Complejo Relacionado al SIDA), para que no se sufra tanto ya que no siempre se va a estar hospitalizado. Esta preparación la necesitamos para poder transmitir esa información al sector popular donde la gente tiene menos información y acceso muy limitado a centros de salud u hospitales donde se pueda atender. Hasta este momento, no hemos llegado a esa fase, todavía estamos en la de capacitación.

Ricardo Navarro: ¿De dónde surge la idea de formar brigadistas en salud, siendo que existe la Secretaría de Salud y supuestamente, hay una serie de lugares a donde la gente puede pedir atención?

Gonzalo Colín: Las brigadas de salud surgen de experiencias anteriores en Centroamérica, por ejemplo, en los terremotos en Nicaragua, en San Salvador, etcétera, donde se trabajó con estas técnicas de salud. Cuando sucede el terremoto en nuestro país, se ve que hay una necesidad de atención a la gente de los sectores populares, ya que los apoyos del Estado no satisfacen las necesidades de esta parte de la población.

Ricardo Navarro: Entonces, ¿esto surge de la misma gente que trabajó entre damnificados, entre gente de colonias populares?

Gonzalo Colín: Básicamente, es decir, había un grupo de gentes que estaban ya capacitadas como terapeutas en estas disciplinas para poder asistir a la gente a nivel popular, que entraron en acción después del terremoto. A raíz de esta intervención se ve que hay una demanda en el sector popular sobre este tipo de alternativas, lo que hace que se estructure un proyecto de salud en el que se contempla la capacitación de brigadistas y terapeutas. Al desarrollarse estas brigadas después de un año de trabajo se consolida el Movimiento de Salud en defensa de la Vida. En cuanto a la brigada del SIDA, surge porque habíamos algunas gentes homosexuales participando en ese movimiento a las que nos inquietó esta cuestión del SIDA, por lo que hicimos la propuesta a la organización para formar una brigada específica para este problema. La propuesta fue avalada y comenzamos este curso-taller que estamos llevando a cabo.

Aunque todavía estamos en fase de capacitación, nos estamos planteando la posibilidad de empezar a trabajar con gente que tenga SIDA. Si bien, no aplicando las técnicas, si enfrentando el problema para visualizar la situación e ir implantando el acompa-

ñamiento, la ayuda por medio de masajes para relajar a la gente, para sacarla de la depresión en que muchas veces se encuentra, porque sabemos que cuando decaen en su estado de animo y pierden el amor a la vida, se acelera su decaimiento físico.

Ricardo Navarro: Entonces, su planteamiento no es únicamente la atención de los malestares físicos sino de un planteamiento de apoyo integral.

Gonzalo Colín: El movimiento de salud considera al individuo como un ente integral, y se ve biológica, psicológica y socialmente, ya que una serie de enfermedades físicas que padecemos provienen de las relaciones sociales que estamos estableciendo y del efecto psicológico que ellas causan en nosotros.

En el caso del SIDA hay como una gran depresión por un hecho físico, pero también por el rechazo social, lo cual empieza a manifestarse en lo que nosotros llamamos biopatía, que es un estado de depresión que conduce más rápidamente a la muerte.

Ricardo Navarro: ¿Con qué gente cuenta para este taller de formación?

Gonzalo Colín: Ahora contamos con ocho gentes, que tienen un nivel de preparatoria o son profesionistas (sociólogos, veterinarios, etc.) y el asesoramiento está a cargo de terapeutas ya preparados para dar esta capacitación, que proporciona la Asociación Internacional de Terapeutas Corporales (AITC).

Ignacio Padilla: El nexo está en que instituciones como CONASIDA saben que existimos y que estamos trabajando. Lo que esperamos es terminar cuando menos el primer curso de brigadistas para poder hacer una propuesta, tal vez a la Fundación o alguna otra institución.

Gonzalo Colín: En cuanto al apoyo económico, pues nosotros nos estamos autofinanciando, la gente que está participando en el curso pagó una cuota, y los gastos que salen, de materiales por ejemplo, o de recopilación, los estamos absorbiendo nosotros.

Ricardo Navarro: Me gustaría que me hablaran acerca de la posibilidad de que la gente denunciara los posibles maltratos que recibiera al pedir ayuda relacionado con el SIDA, por ejemplo, en las instituciones de salud.

José Ignacio Padilla: Nosotros queremos crear un foro de denuncia permanente, e instaurar un local definitivo para este, en donde la gente pueda asistir para hablar de todo lo que ha visto que no se ha manejado bien, como la información, con todo el amarillismo contra los homosexuales o el maltrato a estos mismos en los hospitales. Esto lo planteamos por que sabemos que habrá muchos problemas. México no se va a dar abasto en lo que respecta a hospi-

tales; sabemos que se van a desatar un gran número de problemas relacionados con la homofobia, sabemos que la gente va ha hacer muchas cosas que no tienen relación con la prevención. Por ejemplo, algunas gentes en provincia simplemente ante la obviedad de la homosexualidad de un individuo, le dicen "el SIDA", es decir, se utiliza como calificativo de los homosexuales, cuando en realidad SIDA y homosexualidad no tienen una relación directa.

Ricardo Navarro: Pensando en la relación de sexo y transmisión de la enfermedad, ¿cuál es la propuesta en relación a la sexualidad?

José Antonio Padilla: Estamos viendo que a diferencia de los EU, en México nosotros estamos haciendo una propuesta en base al amor, la salud y la vida, y no haciendo que la gente tema a la muerte o a la enfermedad. Nosotros no prohibimos la sexualidad, lo que estamos tratando de hacer es que esa sexualidad surja en pleno, con todas las ganas con que siempre ha ocurrido, pero con un nuevo lenguaje, una nueva forma de hacer sexo: puede ser con condón, puede ser sin intercambio de fluidos, puede ser a través del erotismo pleno. Incitamos a la gente a que simplemente modifique su lenguaje sexual.

Ricardo Navarro: Aparte de la educación sobre las formas tradicionales de sexo ¿sería la busqueda de nuevas formas de comunicación?

José Ignacio Padilla: Sí, criticar esas formas que tienden a ser genitales más que eróticas o plenamente sexuales. En el mismo curso estamos preparándonos en *sexo—política*, e informándonos con otras tantas gentes sobre sexualidad, porque ya no podemos estar con el lujo de la moralidad; estamos ante una emergencia, en donde vamos a tener que borrar estos límites, pues es una situación extraordinaria y así tiene que ser la respuesta de la gente.

enero de 1988


Sanborns
buga chichifo puma puñal gay
gansito chula benita mana maricón manocaída

Taller documentación visual.
Academia de San Carlos.

LIBERACION SEXUAL Y SIDA

gerardo ortega

1. El Grupo Homosexual de Acción Revolucionaria (GHAR) surge con la declinación del Movimiento de Liberación Homosexual (MLH), a principios de los 80's. En ese entonces, algunos de los antiguos militantes del MLH consideramos que éste no había contado con *planteamientos políticos liberales* acerca de la sexualidad que le permitieran rebasar el ámbito del ghetto, por lo que entró en crisis y en un irreversible periodo de desintegración de sus formas originales.

A esta circunstancia nos enfrentamos como proyecto alternativo, con una propuesta organizativa de acción que supone como precondición la necesidad de que toda la sociedad transforme sus costumbres, la educación, la manera de informarse y el contenido de los mensajes, para poder alcanzar una liberación sexual real.

Dicho en otras palabras: buscamos la liberación integral del ser humano, y por lo tanto, la igualdad de derechos de los homosexuales, la transformación del sistema educativo, la realización del derecho a una información veraz sobre las practicas sexuales. Rechazamos la discriminación en cualquiera de sus manifestaciones por motivos ligados a la sexualidad. Luchamos contra la represión, la extorsión, el chantaje y la violencia como penas que resultan de las preferencias sexuales de cada uno, y demandamos el respeto y el reconocimiento de la sexualidad infantil, entre otros objetivos.

El GHAR emerge como un proyecto clasista, independientemente de que para nosotros la sexualidad sea interclasista. De aquí que su trabajo fundamental se centre en el seno del proletariado, la clase mayoritaría de México; entre los obreros y campesinos, el grueso cuantitativo de la población general del país y el núcleo mayoritario en el interior de las *minorías sexuales*. Nuestra gente pertenece a las clases económicamente más bajas: empleados, obreros, subemple-

ados, profesionistas, comerciantes en pequeño, desempleados, etc. Esto explica nuestra posición favorable a los intereses inmediatos de una mayoría dentro de la minoría.

Es cierto que el GHAR es por concepción un proyecto clasista, pero de ninguna manera se concibe como un grupo "cerrado". El GHAR es un proyecto abierto, nada restringido. Para ser parte del grupo no se precisa ser homosexual. Se pide mayoría de edad y acuerdo con la declaración de principios, con su programa y estatutos.

El GHAR defiende la necesidad histórica de agotar todas las instancias de lucha, no despreciar los espacios ni la flexibilidad del sistema para poder avanzar. Aunque a la fecha ya renunció a la pretensión de ser reconocido como asociación política nacional, en su momento el GHAR solicitó a las autoridades administrativas federales tal *status*, las cuales sumaron una exagerada cantidad de requisitos y trabas burocráticas como respuesta.

2. Por el tipo de base social que reclama y con la que se identifica, para el GHAR antes de 1985 el SIDA era algo ajeno, "inexistente", a su cotidianeidad. No es sino hasta mediados de ese año que el SIDA aparece como problema. Recuérdese que son las *clases altas*, las que viajan y *las clases medias*, aquellas que gozan de algunos privilegios, las primeras en afectarse. Con el bombardeo de los noticieros se creó un mito social en torno al SIDA. En el confluyen centenas de leyendas y como ocurre con todos los males novedosos y terribles, también postulan salidas alternativas. Esta circunstancia nos cambia y transforma también el sentido de la enfermedad.

El SIDA se torna una amenaza, un problema real, el bombardeo informativo y desinformativo hace posible la amenaza, su peligro: se iguala al SIDA con los homosexuales, se insiste en que somos la causa, los culpables del "mal del siglo" y con todo ésto se agudiza la discriminación. Estas circunstancias hacen del SIDA un problema personal y social para nosotros. Las etiquetaciones y la utilización de calificativos y la sustantivación en el marco de los esquemas de un lenguaje esencialmente peyorativo, no se hace esperar. Sale a luz el "sidral homicida", "el puto homicida", el "joto pesticida" y una serie interminable de nociones que conllevan el deseo no siempre subconciente del linchamiento social y moral del homosexual. Este clima se opaca con el terremoto. La desinformación en torno al SIDA pasa a segundo término, ante la inminencia de la catástrofe y de sus efectos. Sin embargo, en el universo del "es" colectivo queda acendrada la idea del mal, del pecado, del SIDA y sus causantes, los homosexuales. El chiste más de moda por esos días parece constatar nuestra sospecha: "¿Sabes por dónde entró el SI-

DA a los EUA? no, dímelo tú... por Dallas y... ¿a México?, pues hombre ¡Culiacán!''. Con todo, paradójicamente el terremoto sirvió de respiro al ghetto homosexual, por lo menos al que conforman los homosexuales más pobres. Ni siquiera el uso común del ''sácalo inmediatamente de atrás'', impidió la solidaridad hasta con los homosexuales afectados, fuera por el derrumbe de sus casas mal construidas, por la semiparalización de los transportes, la carencia de agua, de comida, etcétera.

En el contexto de una cultura política generalizada del mexicano, que se resumiría en el ''me vale madre'', los ataques disfrazados de chiste, de todos modos, llegan a afectar a los sectores sociales de homosexuales con más baja condición social, quienes a pesar de ello muestran una vez más su capacidad de resistencia, al contrario *sensu* de lo que ocurre en ese momento entre otras clases, revertir este uso del lenguaje, desarmándolo, desactivándolo como respuesta defensiva de su condición humana en tiempos del SIDA. Esto, las razzias y la persecusión por motivos sexuales, que se comienza a denunciar en algunos periódicos críticos, sumado a la lamentable pérdida de varios conocidos y amigos, nos obliga a enfrentar a la enfermedad con medidas y posturas concretas.

Hacia 1986, formulamos una conceptualización del SIDA, que ligada a las orientaciones centrales del GHAR, nos permiten actuar en condiciones más favorables. Entonces como ahora, consideramos que el SIDA es un resultado de un experimento no controlado, que probablemente se desarrollaba en el marco de las investigaciones estadounidenses orientadas hacia la guerra químico-bacteriológica. Creemos que el SIDA fue utilizado políticamente por parte de la derecha más reaccionaria en los EUA, para golpear al movimiento homosexual en ese país y a algunas otras minorías étnicas. En México, como un reflejo de la política seguida en los EUA, también comenzó a ser utilizado de una manera similar, pero no como una calca, por la especificidad histórico-política-cultural de nosotros. El SIDA nos parece una enfermedad. Pero por la utilización y enfoques a que se vió sometida por las diferentes elites políticas, ha llegado a rebasar los limites de la patología fisiológica hasta mutarse en un fenómeno político y sociocultural. El SIDA es así simultáneamente una enfermedad del organismo viviente y un fenómeno social.

3. La gran variedad de informaciones contradictorias que se puso en circulación, nos sugirió la conclusión de que esta enfermedad carece de expertos y con ello, se pretendió explicar las políticas equivocadas que se estaban dando por las autoridades de salud de todos los países así como que no se diera una respuesta concreta y realmente eficaz para el problema.

Esta situación nos llevó a tratar de ampliar la información sobre qué tan cierto era el respeto al anonimato en los estudios de detección que estaba realizando el sector salud en México; qué tanta seguridad había en que los resultados de los exámenes no se fueran a utilizar para fichar a los pacientes como una forma de control social y político de los individuos. Una vez que nos percatamos de que la discreción de las autoridades era aceptable, nos avocamos a investigar si en los estudios técnicos se seguían las normas mínimas de calidad necesaria que garantizaran la confiabilidad de los resultados y aunque no eran lo óptimo, concluímos que tenían un nivel medio de eficacia.

En este momento fue que comenzó lo más difícil de nuestra labor como grupo frente al SIDA ya que en el sector en que nosotros nos desenvolvemos esta muy generalizada la práctica de la prostitución. Convencer a los compañeros de que se aplicaran la prueba de detección del VIH no era una labor sencilla. Al dramatismo de la enfermedad como posibilidad, se sumaron algunas trabas que habían creado las mismas gentes del sector salud, tales como los exámenes psicológicos y la elaboración de un llamado protocolo médico. Cosas todas que francamente nos parecían innecesarias, molestas, aberrantes y profundamente inmiscuyentes en la intimidad y la vida privada de los probables pacientes.

En este seguimiento sucedía que un conjunto de cuestiones que eran significativas, perdían su importancia para la investigación, debido a la avalancha de preguntas superfluas y obscenas. Esto nos hizo más selectivos, por lo que decidimos centrar nuestros vínculos con la gente del Centro de Información (CNI), del CONASIDA. A pesar de ciertas dificultades, ahí por lo menos se mostraron dispuestos a omitir algunas de las respuestas a los cuestionarios orales y del protocolo.

Asesorados y en parte impulsados por el CNI, de donde recibimos material escrito y preservativos, a partir de allí, intensificamos la campaña. Distribuyendo los condónes, proporcionando instructivos y promoviendo la concienca de que el método más seguro para prevenir todo tipo de enfermedades venéreas y no sólo el SIDA, era el uso del condón. En estas acciones nos percatamos de que entre las prostitutas aumentan las dificultades en sus labores, por la ausencia casi total de una clientela educada en el uso de instrumentos como el condón. Hemos intentado ayudarles a superar esta situación asesorándoles en el trato a los usuarios de sus servicios, de manera que se revierta un poco la escasez de demanda.

A todo esto sumamos la idea de que el consumo de todo tipo de drogas, enervantes y estupefacientes (incluídos los inhalantes)

contribuye a la predisposición hacia el virus del SIDA. Entre los trabajadores y trabajadoras del sexo se volvió un tanto popular un volante en el que se da información de los lugares adonde acudir a hacerse el examen y en donde se puede recibir asesoría y apoyo logístico. En él se insiste en las medidas preventivas. La frase "mana, el uso del condón puede ser tu salvación", se tornó de uso corriente.

4. La peligrosidad del SIDA y sus efectos nocivos en la sociedad mexicana tienen que ver, en cierta medida, con los equívocos en las políticas seguidas por el sector salud. En los primeros años de "combate al SIDA" usaron información no verificada, basada en el esquema gringo. A la desinformación y a la mala información de las mayorías, y desde luego, de las minorías, se agregó el trasfondo de los así llamados "grupos de alto riesgo" y con ello la culpabilización del homosexual. Tal posición no fué criticada por nosotros, es cierto, pero no se hizo porque era lo único existente. Debemos reconocer, empero, que tal postura fué variando hasta llegar a ser un punto de vista más flexible, un poco mas cercano a nuestra realidad y necesidades.

Con todo, aún no podemos hablar de que el sector salud tenga una respuesta eficaz al problema del SIDA en México, a pesar de que es portavoz de una de las posiciones más avanzadas, uno de cuyos ejemplos es la existencia del CNI. Hay que decir, sin embargo, que el sector salud parte de la política errónea de crear un proyecto muy importante, que se reduce a la "experimentación", a "lo piloto", y que lo hace tardíamente, de modo limitado e insuficiente para la satisfacción de las necesidades de la población. El tiempo pasa y la población que se infecta y enferma aumenta geométricamente y de todos modos el sector salud aún no ha dado los pasos que sobre lo mejor de la experiencia del Centro de Información, promueva una posibilidad para toda la población.

En otro orden de cosas, a través de la publicidad gráfica y escrita del sector salud, en donde se llama a la monogamia y en los que con un discurso casi eclesiástico de restricción de contactos sexuales, se filtra uno de los ángulos más negativos de la propaganda antiSIDA. La política informativa ha sido y es por demás insuficiente. No solo no ha llegado al grueso de la población, sino que ni siquiera ha penetrado al seno del propio sector salud: es común que todavía hoy médicos y enfermeras denigren a los pacientes y a sus familiares y amigos.

Una información basada no en el criterio de la objetividad, impregnada por un terrible miedo a la moral pública y tamizada por una profunda autocensura, ha limitado la gran posibilidad de

transmitir al grueso de la población información con términos más sencillos e inteligibles. A los intereses de la *salud pública*, se antepone con esto los intereses ''institucionales'', de las ''familias políticas''. Preservar a cuidar la imagen de tal o cual Secretaría o de tal o cual funcionario ha sido uno de los impedimentos más significativos para la no realización de una campaña eficaz, además: ¿Cuál campaña? En cuanto al uso del lenguaje el sector salud ha expresado un juego muy maniqueo de la libertad personal de sus representantes: el señor secretario se abroga el derecho de utilizar el término pene, masturbarción, sexo anal, etcétera... pero la Secretaría a su cargo sólo lo divulga en una parte muy reducida de la publicidad escrita, oral o gráfica —que tiene la menor incidencia a nivel público—, mientras que la información radiada y televisiva las omite casi totalmente. Nos referimos a palabras de uso común en la cotidianeidad de cada uno, de nosotros y de ustedes, de tí, de mí, de él, de ella, de ellos, de ellas.

Todo lo anterior, aunado a la perdida de una perspectiva real y clara, por parte de amplios núcleos de los grupos organizados y de las consideradas ''personalidades'' del movimiento de liberación homosexual, —quienes dicen haber tomado en sus manos el problema del SIDA, ostentándose como redentores y realizando actividades equiparables a las del ''comité de damas voluntarias del DIF'', o a la de las ''hermanas de caridad en pos de un orfelinato'' o de un ''asilo para leprosos'' —se ha traducido en el descuido de la creación de una política general como respuesta probable a todo lo que implica la problemática del SIDA.

5. En estas circunstancias resulta necesario concretar algunas líneas o ejes estratégicos de acción como conclusiones preliminares.

a. Es importante crear una red de información veraz, objetiva y accesible, fundada en un lenguaje popular —de sentido común— que rompa con todos los mitos y leyendas enajenantes que existen en torno al SIDA y sus orígenes.

b. Persuadir a las instituciones científicas de nuestro país y a la comunidad médica, de que adopten criterios objetivos generales en el manejo de la información que emiten. Que tiendan a la utilización de nociones y juicios de hecho, verificados y verificables.

c. Unificar los criterios a nivel estatal de las posibles soluciones políticas, científicas y médicas. Crear una conciencia capaz de entender que el SIDA no es un asunto de un grupo o grupos particulares, sino de todos, de toda la población.

d. Ampliar los servicios médicos-asistenciales y cuidar su eficacia, oportunidad y suficiencia, para la población que se encuentra afectada por el SIDA.

e. Hacer la crítica a la tradición paternalista del gobierno, de manera que en el asunto SIDA, la sociedad civil sea la promotora o autogestora de las formas y métodos para el combate a la enfermedad, contando con el apoyo y la disposición de la capacidad estatal y las que pudieran crearse para la solución del problema.

enero de 1988.

COLECTIVO SOL PRESENTA

FESTIVAL POR LA VIDA

del 30 de septiembre al 6 de octubre

FORO ISABELINO



Mujeres contra el SIDA

Fritz y Amigos

Maria Bonita MCC (Música y contracultura)

Grupo Birk's // Israel Benítez

Rock: Juan Valdés

Fiesta San Luis de Alejandro Celia

Infinity Travesti Show

Annette Fradera

Poesía Gay El Lado Oscuro de la Luna de Juan Jacobo Hernández

1985

Foro Isabelino del Centro Cultural Tecolote, Sullivan 43, Col. San Rafael. Tel. 546–1587.
Donativo: 1500 pesos. Boletos al 559–9588 y 546–1587,
a partir de las 22 horas excepto los conciertos de rock del 3 y 5 de octubre, a las 18 horas

Taller de documentación visual.
Foto de Alberto Stuart.

SIDA. LO PERSONAL ES POLITICO

juan jacobo hernández,
rafael marique soto
y mario rivas

Nadie es libre hasta que todos seamos libres.

Prejuicio. discriminación, represión y supresión han sido cuatro reacciones con las que la sociedad ha enfrentado a las distintas formas de disidencia sexual.

El surgimiento del Movimiento de Liberación Homosexual (MLH) hace aflorar de manera pública y explícita la existencia de un deseo sexual humano polimorfo que se encuentra mutilado por un esquema monosexista, genitalizado y heterosexual.

Al proclamar la liberación del deseo y la práctica del placer sexual sin culpabilidad, reivindica, entre otras cosas, el derecho a la felicidad y proclama el carácter positivo del sexo y la sexualidad, en oposición a la normatividad restrictiva y represiva del sistema monosexista, fundamentados en tabús ancestrales de carácter sexual.

El ímpetu con que el MLH irrumpe en los años 70's deja sin respuesta articulada a los voceros de la ideología dominante y los obliga a guardar un silencio cauteloso. No responde a los nuevos planteamientos sobre la sexualidad y la homosexualidad, pero tampoco los acepta. Debido a esta aparente inmovilidad se generan y se ganan espacios sociales, culturales y políticos que ocupan los homosexuales, dando así la impresión de que se habían logrado avances irreversibles. Sin embargo, las tesis fundamentales del MLH no se filtran en las costumbres y en los esquemas de pensamiento de los homosexuales que salen del clóset a ocupar ilusoriamente los espacios aparentemente liberados.

La liberación se confunde con las concesiones distractoras y mercantilistas puestas a disposición de los homosexuales para su consu-

mo, lo cual desmoviliza al MLH. Al disminuir la presión antihomosexual cede a su vez la auto—opresión; es decir, el policía moralista que cada quien lleva dentro guarda el mismo silencio que el gran guardián heterosexista.

Es en este contexto que surge el SIDA. Para la ideología dominante, que se mantuvo sorda y callada ante el discurso de las voces gay la homosexualidad no ha dejado de ser una enfermedad en ningún momento y por ello ve al SIDA como una consecuencia lógica: es el agravamiento de dicha enfermedad.

Es así que la parcela autorrepresiva que llevamos en nuestro interior, al enfrentarse al SIDA, vuelve a cobrar vigencia. El discurso del MLH no logró mellarla. La culpabilidad sexual internalizada tiene ahora un nuevo motivo para manifestarse en forma de miedo. La liberación del deseo y la práctica del placer sin culpabilidad, dos propuestas del MLH, se ven inhibidos y desplazados por el miedo que aflora ante el SIDA.

Ante esta situación, los militantes del Colectivo Sol (CS), nos hemos propuesto tomar al SIDA como punto de partida para reforzar el mensaje de liberación sexual, enfrentar la crisis causada por la enfermedad para sortearla imaginativamente mediante una nueva exploración a partir de los propios cuerpos, que sin negar el deseo y el placer busquen formas de relación no restrictivas, sin culpabilidad y que no pongan en peligro la vida de quienes la practican.

Los trabajos del CS con respecto al SIDA son el producto de las experiencias personales de sus integrantes en un proceso de liberación homosexual, del descubrimiento de nuevos planteamientos con relación a la política de la homosexualidad, del enfrentamiento con la muerte por SIDA de amigos cercanos y de la reflexión colectiva acerca de las consecuencias sociales, políticas y culturales que el SIDA está provocando en la minoría homosexual afectada directamente.

Por ello, el CS constantemente realiza una serie de actividades que tienen por objeto reforzar la existencia pública de la homosexualidad, impedir y prevenir el contagio por medio de la difusión de prácticas sexuales imaginativas, no peligrosas a través del llamado *sexo seguro*.

Entre las actividades que CS ha realizado, podemos mencionar las siguientes:

(1983) Primeras conferencias sobre SIDA durantre la temporada de la obra teatral "El Edén", efectuadas en el Foro Isabelino de la Ciudad de México.

(1984) Recopilación de la información de todo tipo sobre SIDA, aparecida en los principales diarios del país y el extranjero.

(1985) Marzo—mayo. El CS elabora y reparte masivamente los

primeros folletos mexicanos titulados "¿Sexo suicida o sin riesgo?" "SIDA: 10 preguntas, 10 respuestas".

Mayo—julio. A iniciativa del CS se establecen las primeras redes de intercambio de información con los médicos responsables del control y tratamiento de pacientes con SIDA en los diversos centros de salud. (Doctores Isasola, César Camilo Guzmán, Sepúlveda Amor y otros).

Septiembre. Organización del "Primer Festival por La Vida: Contra el SIDA". Suspendido a causa del terremoto que asoló la ciudad de México en esos días. Participaban entre otros: Gregorio Fritz, MCC, Juan Valdés, otros artistas y grupos musicales.

Noviembre—diciembre. Durante una gira artística a San Francisco, EUA, el CS establece una red de intercambio de información con *Aids Foundation* y otras organizaciones del vecino país .

(1986) Una de las primeras colaboraciones de miembros del CS para la revista *Macho Tips* fue la columna de información permanente llamada INFOSIDA.

A partir del terremoto, desaparece toda la información sobre SIDA en la prensa mexicana. En varias oportunidades denunciamos el carácter policíaco y amarillista del manejo de la información por parte del Estado mexicano.

Se establecen los primeros contactos con la provincia para intercambio de ideas e información.

Comenzamos a atender los primeros y dolorosos casos de amigos y gente cercana a nosotros, contando con un teléfono de información permanente. Se establecen relaciones con los primeros grupos organizados de seropositivos en la ciudad.

(1987) Enero—marzo. Se reciben y consignan en *Macho Tips* las primeras colaboraciones sobre SIDA de los médicos que practican la llamada medicina alternativa. Homeópatas y herbolarios comienzan a manifestarse.

Abril. Durante los debates llevados a cabo el 6 de abril en la Cámara de Senadores y el 20 del mismo en la Cámara de Diputados acerca de la iniciativa precidencial sobre las reformas y adiciones a la Ley General de Salud. El CS y *Macho Tips* logran una destacada participación como las únicas voces emanadas de la comunidad gay que elaboran un documento en el que externan su preocupación por la posibilidad de una interpretación estrecha y represiva de parte de las autoridades civiles y policiacas en contra de homosexuales por su sola apariencia. El caso de Mérida, Yucatán y Campeche, lugares en donde bajo el tema "Que Dios nos ayude a librarnos del SIDA", permitió la irrupción de los sectores más oscurantistas de dichas regiones. Solicitaban la denuncia pública de homosexuales,

lesbianas y trasvestis. Esto sirvió como base para dicho documento, lográndose la atenuación de los términos "legales" en los que se manejaba, e introduciendo las demandas centrales del MLH de no represión ni descriminación de los afectados en los hospitales, escuelas, centros de trabajo, en el seno familiar, etcétera.

Durante el Simposio sobre SIDA del IMSS que contó con la presencia de Jonnathan Mann, el CS recibió la invitación del sector salud para participar como observador en dicho evento.

Mayo. *Primera Marcha Nocturna por las Víctimas del SIDA en México y el Mundo*: "Contra el SIDA, unidos más que nunca".

En dicha marcha se canta por primera vez "Hoy por Ellos", con letra y música de Mario Rivas y se dan a conocer los pormenores de nuestro proyecto de difusión y ayuda a los afectados que lleva el mismo nombre. Asimismo, convocamos a los asistentes a participar combativamente en la *Novena Marcha del Orgullo Homosexual* que llevó como demanda central la demanda: Apoya a los que viven con SIDA en México. Alto a las injurias del Estado y la Prensa Amarillista, etc.

Junio. Participación de los miembros del CS en la Semana Cultural Gay organizada por el Círculo Cultural Gay en el Museo del Chopo.

En una carta dirigida al Secretario de Salud, que firman CS el grupo Con-dón y el Círculo Cultural Gay, se demanda lo siguiente: siguiente:

Que la Secretaría de Salud exija a los medios masivos de comunicación no desvirtuar la información que la misma les vierte para su difusión, conminándolos a mantener el más elevado respeto hacia la dignidad y los derechos de los enfermos.

Que la Secretaría de Salud ocupe más tiempo en la radio y la televisión. En horarios preferentes para difundir noticias e informaciones sobre el SIDA.

Que por su conducto haga saber a las autoridades de la Secretaría de Gobernación y del DDF el impacto dañino que causan las redadas contra homosexuales y prostitutas, con el pretexto del SIDA.

Que la Secretaría de Salud se pronuncie contra la imposición de la prueba de ELISA como requisito para obtener trabajo o efectuar cualquier trámite oficial o extraoficial.

Que se haga extensivo el anonimato de aquellas personas que decidan por voluntad propia a someterse a la prueba de ELISA y proporcionarles asistencia psicológica y médica cuando sea necesario.

Que con leyendas de prevención se identifique la campaña publicitaria de la propia Secretaría en calles, metro, autobuses, etcétera.

Que se distribuyan masiva y gratuitamente preservativos de buena calidad en sitios claves.

Novena Marcha del Orgullo Homosexual. En ella, el CS llama a la movilización general por la toma de conciencia e información acerca de la enfermedad. Denuncia las arbitrariedades de la prensa

irresponsable y convoca a la celebración en 1988 del décimo aniversario de la salida a la calle de homosexuales en nuestro país.

Giras informativas del CS por diversas ciudades del país. Se dictan conferencias y además se reparte la información elaborada por la Secretaría de Salud y nosotros. Varios recitales de solidaridad con la naciente Fundación Mexicana de Lucha Contra el SIDA son ofrecidos por miembros del CS en este período.

Septiembre 6. "Gran Kermesse por la Vida contra el SIDA". Organizada por el CS en la Alameda Central, es suspendida 24 horas antes por el delegado de Cuauhtémoc, DF, Enrique Jackson. El 20% de los fondos recaudados iba a ser entregado a la Fundación. Participarían juntos por vez primera un cúmulo de artistas comerciales e independientes solidarios.

Septiembre 14 y 15. El CS participa en la Reunión Delegacional del CREA en Cuauhtémoc, DF, con una ponencia titulada "Los jovenes ante el SIDA". Nuestras propuestas fueron aprobadas por unanimidad para ser presentadas en la reunión nacional que tuvo lugar posteriormente en Querétaro.

Noviembre. Nuestro compañero Juan Jacobo Hernández emprende una gira de trabajo por espacio de seis meses visitando 11 países de Europa y América, para mostrar los trabajos del CS en torno al SIDA y el MLH en México. Asimismo, dos audiovisuales sobre la vida gay, la obra teatral "El lado oscuro de la luna" y un recital de poesía homoerótica mexicana, etcétera. Dicha gira se planteó para establecer redes de información permanente e intercambio con otras organizaciones internacionales, así como para la recaudación de fondos para la continuidad de nuestro proyecto de difusión editorial acerca del SIDA. En la revista *Casa del Tiempo* de la UAM, se publicó el artículo "SIDA. Lo personal es político", que contiene opiniones centrales del CS y actualmente esta en preparación la *Agenda México Gay,* con una sección permanente de información sobre SIDA y el *"primer disco de canciones y poesías gay mexicana".*

enero de 1988

SEMANA CULTURAL GAY

JUNIO 1988

del 17 al 24

eventos a las 19 hrs.

ENTRADA LIBRE

"EROTICO Y PLURAL"
EXPOSICION Y MESA REDONDA

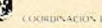
COORDINACION GENERAL: CIRCULO CULTURAL GAY

DERECHOS HUMANOS
TEATRO • MUSICA
POESIA • PERFORMANS
CONFERENCIAS • DEBATES

POR LA VIDA CONTRA EL SIDA



MUSEO UNIVERSITARIO DEL CHOPO
Dr. Enrique González Martínez No. 10
Col. Santa María La Ribera



COORDINACION DE DIFUSION CULTURAL

Diseño: Ernesto Alvarez.
Original de Nahum B. Zenil.

CONTRAINFORMACION Y LUCHA CONTRA EL SIDA
EL CIRCULO CULTURAL GAY

josé ma. covarrubias

El Círculo Cultural Gay (CCG) surge cuando los grupos del movimiento de liberación lésbica—homosexual entran en reflujo. Desde sus orígenes se inscriben en el marco de una concepción de los *movimientos sociales* que sostiene la idea de que tales movimientos no se conforman sólo por los activistas, sino también por aquéllos que con sus trabajos y reflexiones contribuyen a la creación de una cultura gay. El movimiento social de homosexuales y lesbianas es así un producto de la condición sexual de los sujetos, de sus vivencias y de sus sensaciones. Por esto, para CCG la irrupción en los espacios públicos aparece como parte integral de la sociedad: como un ir más allá de la sexualidad doméstica de hombres homosexuales y de mujeres lesbianas.

Una de las primeras acciones del CCG fue la organización de la *Semana Cultural Gay* en 1985, actividad que año con año aún se sigue realizando. En torno al SIDA su actividad empezó con labores de contrainformación en medios de comunicación escrita. En septiembre de 1985 debate las opiniones del médico Cipriano Borges (Jefe Académico de Gastroenterologia de la UNAM), quien asegura que el SIDA es un castigo divino a los homosexuales. A partir de una carta en la que se sintetizan las opiniones del CCG al respecto, se da una constante crítica que aún permanece: "Este tipo de comentarios no arrojan luz sobre el problema y sí crean confusiónes... que puede dar pie a la implantación de medidas represivas a un sector de la población, en este caso a los homosexuales, de por sí vulnerables a la estigmatización social".

La información amarillista referente al SIDA prolifera en los medios de difusión masiva y con esto el hostigamiento a los entonces mal llamados *grupos de alto riesgo,* se traduce en maltrato y marginación a la comunidad homosexual. En centros de salud algunos

médicos se niegan a atender a personas abiertamente homosexuales por temor a que se les contagie el mal. Este hecho motiva una segunda denuncia mediante una carta publicada en el diario *La Jornada*.

En varios centros de trabajo se exige a los homosexuales que presenten certificados de salud para comprobar que no son portadores del virus del SIDA, bajo el pretexto de que pueden llegar a contagiar a otros trabajadores. A consecuencia de esto, los miembros del CCG hablan con los directivos de *La Jornada*, en donde se comienza a publicar una serie de artículos que combaten los prejuicios existentes en torno a la enfermedad. Una síntesis de varias de las cartas circuladas entonces por el CCG es: la crítica a los galenos por el error de informar a los centros de trabajo que algún trabajador está afectado por el VIH. El llamar la atención en los efectos negativos que se pueden generar con esto y la opinión de que el decir o no que se está en contacto con el virus del SIDA o enfermo a consecuencia de ello, es una elección indiviudal, personal.

A raiz de la agresión a la *Octava Marcha del Orgullo Lésbico-Homosexual* del 5 de julio de 1986, con patrullas, grúas y policías supuestamente encargados de la vigilancia y de la protección, el CCG promueve la publicación de un desplegado en donde se señala lo siguiente:

> "...en el último año se ha notado un marcado retroceso en la ampliación de la tolerancia hacia la gente gay en México. El linchamiento informativo a propósito del SIDA (realidad trágica que merece aquí y en todas partes el apoyo científico y la solidaridad social, y no está cruel culpabilización de las víctimas), ha restructurado y renovado la homofobia ancestral. A las difamaciones ahora se añade la de 'leprosos medievales'. Han sido inútiles los modestos intentos de explicar la índole de la enfermedad; se sigue hablando del 'castigo de Dios', mientras se dejan a un lado el trabajo urgente de difundir, sin gritos apocalípticos las características de la enfermedad y sus medidas preventivas (al respecto, es inevitable decir que muchos gays siguen actuando irresponsablemente al no tomar las precauciones elementales ya conocidas)".

La homofobia se traduce en hostigamientos sociales y políticos, en discriminación laboral, en asesinatos. La policía judicial del DF proporcionó —a mediados de 1986— la cifra seguramente conservadora de 27 individuos gays asesinados entre enero y junio de ese año, casos en su mayoria no aclarados, se han quedado en los archivos. Los ataques a la marcha lésbico—homosexual son parte

de este clima de represión e incomprensión, aunque también de la situación general de agresión a los ciudadanos mexicanos.

En los ciclos de conferencias que organiza el CCG y en la semana cultural que tiene lugar en el Club de Periodistas (1986) y en el Museo Universitario del Chopo (1987), también está presente la información sobre SIDA. Ahí, en el Chopo, una de las invitadas del CCG, la psicóloga Dulce Ma. Pascual afirmó lo siguiente: "La solución que se pretende dar al SIDA está generando un mayor problema. Así, con la campaña que señala a los homosexuales como responsables de la transmisión del SIDA, se crea pánico social que afecta psíquicamente y baja las defensas de los implicados, lo cual facilita contraer dicha enfermedad. La mirada médica puede ser, en estas circunstancias, la que juzga y mata" *(Uno más Uno,* 24 de junio de 1987).

El 30 de septiembre de 1987 se inaugura la venta—exposición de obra pictórica y fotografica titulada "de lo erótico, la tentación de existir", en el Museo Universitario del Chopo, para apoyar las tareas que realiza la *Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA*, AC. Esta acción solidaria de artistas plásticos, promovida por el CCG, es la primera que se realiza en el medio cultural de nuestro país para luchar contra el SIDA. La exposición reunió obras de: Yolanda Andrade, Esteban Azamar, Eduardo Cárdenas, Armando Cristeto, Consuelo González Salazar, Oliverio Hinojosa, Agustín Martínez Castro, Alfonso Moraza, Adolfo Patiño, Arturo Ramírez Juárez, Carla Rippey, Froylán Ruíz, Elena Villaseñor, Saúl Villa, Raúl Ximénez y Nahum B. Zenil. También fue significativa la colaboración de Teresa del Conde, quien elaboró el texto de presentación del evento.

Entre el primero y quince de octubre el CCG coordina la celebración de un concierto de Rock, "Los jueves", para recabar fondos para la Fundación arriba mencionada. Con el mismo ánimo presentó el espectáculo didáctico y de orientación sobre el SIDA, de Tito Vasconcelos, Sergio Cassani y Sergio Torres Cuesta.

Como a principios del año se había dado el inicio de una cacería de brujas en contra de homosexuales en el sureste del país, el CCG, junto con otros grupos e individuos, promueve la publicación de un desplegado de denuncia y finalmente, en mayo de 1987, se gira una carta al Secretarío de Salud, que se redactó junto con el Grupo Condón y el Colectivo Sol, en la cual se manifiesta el beneplácto ante la actitud asumida por las autoridades del sector salud frente a las injustas campañas persecutorias de homosexuales en el sureste de México y en donde se hace énfasis en la necesidad de educar al personal paramédico y médico en torno al SIDA, así como en la urgencia de difundir a nivel masivo información veraz en torno a la enfermedad.

Hoy, casi un año después, el CCG considera que la situación actual del SIDA en México deja ver un crecimiento en la epidemia, por lo que sigue siendo necesario desplegar campañas masivas de información que también incluyan a la provincia, en donde sigue prevaleciendo la idea de que el SIDA es una enfermedad de los núcleos que radican en las grandes ciudades. La homofobia sigue como una constante y la represión velada, las más de las veces, también continúa.

El CCG se plantea por todo esto mantener y profundizar sus labores de contrainformación, de difusión cultural crítica y de solidaridad social con los enfermos o acaso con sus organizaciones. Como en abril de 1987 el CCG sigue sosteniendo la necesidad de actuar de acuerdo a lo dicho en una carta publicada el 15 de enero en *La Jornada*.

> "(...)el Proyecto de Reformas y Adiciones a la ley General de Salud, relacionado con el SIDA... aparece... dentro de un ambiente de falta de información y manejo amarillista y político del tema, que poco ayuda a comprender en todas sus dimensiones la emergencia de una enfermedad real como el SIDA. Falsa información expresada en:
>
> a). La creencia de que el SIDA se contagia por saludar, convivir, usar baños comunes y/o trabajar con personas *sidosas*.
>
> b). La parcialidad con que han sido divulgadas las políticas oficiales.
>
> c). Se tiende a considerar que el problema del SIDA sólo atañe a grupos sociales, de por sí estigmatizados, como los homosexuales y las prostitutas.
>
> Consideramos que las siguientes sugerencias podrían ayudar a enfrentar y superar esta problemática:
>
> 1. Una divulgación completa sobre las políticas oficiales que se están implantando, para abrir una discusión pública nacional, con todos los sectores interesados, puesto que es un problema que atañe a toda la población.
>
> 2. Que se canalicen suficientes recursos para la investigación y prevención del SIDA.
>
> 3. Implantar entre diversos sectores sociales, un programa que eduque a la población sobre prácticas de higiene y educación sexual integral (fisiológica, social y política) y no estigmatizadora.
>
> 4. Impulsar campañas de solidaridad y humanización tanto a niveles de la asistencia médica y la seguridad social, como en los programas autogestionarios en la comunidad.
>
> 5. Realizar una campaña pública y masiva para contrarrestar a la falsa información que identifica homosexualidad, prostitución y SIDA, ya que tal orientación propicia conductas intolerantes y violentas hacia estos grupos sociales, como la pérdida del empleo, la segregación, los asesinatos, las golpizas, las razzias, la ridiculización, el cierre de locales, etcétera. Tal situación adquiere mayor gravedad en tiempo en que los ánimos se encuentran exacerbados por la crisis, y pueden ser canalizados contra los grupos considerados de alto riesgo".

enero de 1988.

EL RIESGO ES DE TODOS

DEFUNCION POR SIDA

EL SIDA

Sí...da



DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA



Diseño de A. Reyna, G. Flores, D. Rivero,
R. Reyes, G. López y D. L. Arellano.

EL CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DEL CONASIDA
Entrevista con Gloria Ornelas

lilia pérez franco

Lilia Pérez Franco: ¿Qué es el Centro Nacional de Información sobre el SIDA?

Gloria Ornelas: A fines de 1985 la *Organización Mundial de la Salud* convocó a que todos los países con todas sus unidades médicas se integraran en un solo comité. En febrero de 1986 se crea en México el Comité Nacional de Prevención del SIDA, (CONASIDA). Inicialmente este comité incorporó al IMSS, ISSSTE, DDF, Salubridad, PEMEX, Marina y al Ejército. Es una de las pocas veces en que se han integrado todas las instituciones médicas en una sola agrupación. Los objetivos son unificar criterios de diagnóstico, prevención y control del SIDA en todas las instituciones de salud. Inicialmente había cuatro subcomités: de educación, de terapéutica clínica —a cargo de Nutrición—, uno de investigación epidemiológica dependiente de la Dirección de Epidemiología y uno de Bancos de Sangre que depende del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, del cual emanan las nuevas leyes que reglamentan la transmisión de sangre. Las nuevas disposicones en esta materia son importantes, sin embargo, nos quedamos con el 90% del riesgo, que es hasta la fecha por transmisión sexual.

Como no existe medicamento ni vacuna, la única esperanza, la única vacuna real es la educación. Tenemos que incidir en las pautas de comportamiento. No basta con informar, eso no garantiza un cambio en las conductas. Se han lanzado campañas de educación masiva, pero desgraciadamente no cuentan con la credibilidad que quisiéramos. Constantemente se bombardea a la población con mensajes, con promesas por parte del gobierno, por parte de promociones publicitarias, etcétera, y la gente ya no cree en los mensajes, en las promesas. Por ello el CONASIDA ha apoyado la campaña de educación con la creación de un *Centro Nacional de Infor-*

mación (CNI) que proporciona información a través de comunicación cara a cara. El CNI se ubica en una pequeña casa independiente de cualquier institución médica, aunque le pertenece al sector salud. Como no se le identifica con ninguna institución, la gente siente la confianza de acudir a pedir información; también damos orientación, detección, seguimiento y apoyo psicológico. Esto se hace en forma gratuita y anónima. La idea es crear promotores de las comunidades afectadas y expuestas al riesgo en lo general. No me gusta hablar de "grupos de riesgo", no existen "grupos de riesgo", hay "prácticas de riesgo". Todos los que nos exponemos a estas prácticas estamos expuestos al riesgo. En el centro trabajamos con gente infectada, específicamente con homosexuales, prostitutas y bisexuales, también prostitutos. Hasta ahora hemos impulsado un programa piloto que intenta crear las normas para la multiplicación de centros de información estatales y crear a su vez una red de información nacional.

Lilia Pérez Franco: ¿Cuánto personal tiene el CNI?

Gloria Ornelas: Por el recorte presupuestal constantemente se está cambiando. Ahora somos entre 19 y 20 personas.

Lilia Pérez Franco: ¿De dónde viene el dinero para todo esto?

Gloria Ornelas: La Secretaría de Salud lo ha conseguido en el exterior. No se le quita presupuesto a ningún otro programa de prevención de salud, sino que se consiguen donativos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de diferentes organizaciones internacionales.

Lilia Pérez Franco: ¿Ustedes como Centro tienen algún otro financiamiento?

Gloria Ornelas: Desgraciadamente no.

Lilia Pérez Franco: ¿Tendrían posibilidades de conseguirlo?

Gloria Ornelas: Quizás, eventualmente. Este es un año crítico, es el fin de un sexenio, es un año en el que por la inestabilidad política no hay garantía de continuidad. Nosotros sabemos que la necesidad es real y esto va a tener que continuar ya sea con recursos independientes o del gobierno.

Lilia Pérez Franco: ¿Qué estrategia de trabajo se han planteado desarrollar en el CNI?

Gloria Ornelas: Intentamos salir de la linealidad histórica. Queremos estar en todos los planos de las relaciones. Llegarle a la gente en sus diferentes planos de relaciones: Los que tienen que ver con uno mismo, de uno con su pareja, uno en la familia, uno en el trabajo, uno en las instituciones, en la iglesia. Se busca utilizar canales simultáneos de información. Damos orientación para la detección, canalización terapéutica y seguimiento. Brindamos infor-

mación a través de la línea telefónica y de folletos, también de audiovisuales, etcétera.

Lilia Pérez Franco: ¿En dónde tienen prevista la formación de grupos en provincia?

Gloria Ornelas: Precisamente estamos tratando de multiplicar esta información en Monterrey, Guadalajara, Mérida y también en Veracruz y en Tijuana. También hemos estado trabajando para que en cada Estado del país se forme un comité de sangre y un comité de prevención del SIDA que posteriormente den lugar a centros de información. La multiplicación de estos centros requiere primero de motivación personal, o sea, de un programa por etapas. Que siga los planos del individuo, la pareja, la familia, etc. La gente se acerca a nosotros, nosotros le damos orientación de acuerdo a su actividad sexual. Buscamos lograr un código común con el receptor. Queremos que la gente aumente su autoestima y que logre una mejor integración con su comunidad inmediata.

El programa busca incidir en la integración y organización de grupos que cooperen entre sí y con su comunidad. Sin embargo, se tiene que hacer un enfoque dirigido, no podemos abarcar todo en un inicio. Primero tenemos que limitarnos a lo más riesgoso: prostitución y homosexualidad. Hemos estado trabajando evaluaciones situacionales, diagnósticos reales. Buscamos lograr un entrenamiento adecuado de esta gente, múltiple: médico, social, psicológico, etc. Tiene que abarcar muchos parámetros. Esto es lo que estamos haciendo en el programa piloto. Es decir, se hace una planeación preventiva y se ajusta a un modelo de distribución regional que busca adaptarse a la realidad local, ya que no podemos incidir en cada lugar. Así que intentamos que nuestra población haga una red que logre difundir la información. Luego nosotros recodificamos el mensaje por medios masivos para que vuelva a la comunidad y logre su movilización. Creemos que esa es la clave para incidir en los patrones de comportamiento. Nos hemos dado cuenta de que la credibilidad es un asunto muy serio. La gente no cree, o por lo menos no cree lo suficiente en lo que se le dice a través de los medios, para cambiar sus pautas de comportamiento, por ello se le tiene que dar la información cara a cara. Decirle directamente: tú prostituta, no te puedo decir que dejes de ser prostituta, pero usa esto (un condón) y hazlo así, úsalo así, si necesitas más ven. Tú, seropositivo no vas a dejar de amar, ama así, cuídate con esto, ven yo te sigo checando, etc. Esto es muy importante para que la gente crea. Le estamos dando un mensaje individual adaptado a su problemática. Damos opciones personales y eso incide en la credibilidad. Tenemos como tarea construir formas de reidentificación

de esta población entre sí, a través de la formación de grupos que no dependan de una institución, sino que puedan ayudarse, y estableciendo un negocio que pueda autofinanciar sus necesidades. Buscamos así crear grupos satélites que movilicen a otros. Se intenta que en estos grupos haya comunicación, pero al mismo tiempo que se respete el anonimato. Esto es muy importante, porque hay gente que se siente perseguida, ya sea por su familia o por la sociedad.

Lilia Pérez Franco: Esto del anonimato tiene que ver con un asunto importante. Cuando la gente iba al CNI a solicitar que le hicieran la prueba de ELISA, al principio le pedían su nombre. Si se negaba, entonces se le pedía su registro federal de causantes. Pero el registro no es anonimato ¿Por qué no una clave personal?

Gloria Ornelas: El problema es ¿Cómo se yo que deveras eres la persona que se vino a hacer la prueba? El decirle a alguien que es seropositivo es muy serio. En realidad se trata de proteger a la gente, a tal grado que incluso conseguimos un dactiloscopista para tener un control de las huellas digitales. Esto queremos hacerlo especialmente con prostitutas: ¿Cómo vamos a saber si no se trata de un chantaje? Hemos conocido casos en los que por razones de divorcio o laborales se intenta conseguir los resultados. Así que en realidad se trata de proteger a la gente. No es para hacer persecuciones. Como lo estamos haciendo ahora es voluntario. La gente que quiere dar sus datos los da, la que no quiere no los da. Con aquéllos que dan sus datos se puede hacer seguimiento. Obviamente son los que quieren hacer un voluntariado, a quienes se puede localizar para ayudar a un enfermo: ir a verlo y entrenar a su familia para que lo acepte y lo atienda adecuadamente.

Lilia Pérez Franco: Coincido en muchas de las cosas que usted dice aquí y también con lo que dice el Dr. Sepúlveda, aunque críticamente me parece que ustedes son ''garbanzos de a libra'' en este sistema. Yo no confío en que necesariamente va a haber continuidad de gente honesta, de gente decente, de gente con principios humanitarios. A mí me preocupa esto, porque quizás el próximo sexenio viene el jefe de la policía judicial a ocupar el lugar del Dr. Sepúlveda. Obviamente estoy exagerando las cosas, pero vivimos en un país en el que lo fantasioso puede siempre convertirse en realidad...

Gloria Ornelas: Estoy segura y confiada en que eso no suceda por varias razones. Una es por la procedencia del financiamiento, que viene de la OMS. No lo van a dar si no seguimos los principios que ellos establecen, que es pro-derechos humanos, etcétera. Entonces, si no se dan los derechos humanos, en ese momento se sus-

pende el financiamiento y aunque quisieran hacer las cosas mal, no van a tener con qué hacerlas.

Volviendo a la forma del funcionamiento del CNI, algunos de los resultados que hemos tenido son los siguientes: de un promedio de 100 llamadas al día, aproximadamente 50% quieren informes generales, 30% piden orientación y 16% apoyo. En información general tenemos un promedio de 50 visitas diarias.

Lilia Pérez Franco: ¿Existe información escrita al respecto?

Gloria Ornelas: No, pero pronto vamos a publicarla. En realidad los datos están cambiando. La gente que está acudiendo para obtener información general está aumentando. Es gente que sabe que su pareja tiene SIDA, que pregunta qué hacer. Conforme va aumentando el problema crece también el número de gentes que acuden, ya no tanto por la curiosidad, sino por problemas concretos.

El programa del CNI es muy ambicioso, es muy difícil. Constantemente estamos luchando por asumir que los pacientes no son datos estadísticos, sino personas. Tratamos de adentrarnos en la problemática de la persona, de la familia y de la comunidad. Trabajar así es muy gratificante. Yo estoy muy optimista de que la demanda misma va a hacer que nuestro trabajo continúe porque es una necesidad real y es una solución posible al problema. No lo pueden asumir los hospitales, no se puede simplemente rechazar su existencia, no se puede aislar a los enfermos. Hay que usar, optimizar a los seropositivos como promotores voluntarios, incorporarlos, no segregarlos, no estigmatizarlos.

Lilia Pérez Franco: Creo que lo interesante respecto a la difusión de información adecuada en espacios con posibilidades de discutir ampliamente —como es la Universidad— es que ustedes como el CNI tienen la posibilidad de hacer difusión que oriente la reflexión fuera de una lógica del sector salud, hacia una lógica de las necesidades de las propias comunidades, que sin necesidad de padecer el problema inmediato pueda discutir en forma abierta y se pueda hacer una socialización de la información.

Gloria Ornelas: No creo que nada más para que se discuta, sino para que la gente que quiera hacer algo, también pueda hacerlo. Hay mucha gente que quiere ayudar, entonces hay que orientarla.

Lilia Pérez Franco: En la Universidad* detectamos, a través de la aplicación de una encuesta entre casi 100 estudiantes, la inquietud y disposición de ayudar pero no se sabe bien a bien cómo. Por ejemplo, se nos ocurrió que valdría la pena ayudar en algunos casos de gente que sabemos que está mal, que no tiene trabajo, que no

* Véase artículo de Irma Juárez en este libro

tiene ingresos, que la familia aunque quisiera no puede atenderlos porque no tiene recursos. Vamos a proporcionarle a algunos una despensa, a visitarlos, a darles ánimo... porque se trata de gente que tiene un nombre, que físicamente existe.

Gloria Ornelas: Nosotros en el CNI vamos a poner también un lugar en donde la gente que quiera pueda dar donativos, pero para individuos, no para las masas o el anonimato, sino para alguien en especial. Tenemos el proyecto, también, de hacer una obra de teatro, pensamos que estamos en un momento en el que la colaboración artística es otro medio de difusión y lucha contra el SIDA. Hay mucha gente que se queja de que el seropositivo va a perpetuar la enfermedad, porque tiene coraje con la sociedad. Puede haber algún caso de éstos, pero por definición no todos los seropositivos son así. Entonces, también el proteger los derechos del seropositivo es muy importante. Tiene derecho a vivir, a seguir viviendo, no lo matemos al rechazarlo.

Lilia Pérez Franco: Socialmente hablando no podemos partir del principio de que el hombre es malo o de que es perverso, porque entonces nos convertimos en una sociedad totalitaria, absoluta, cerrada y violenta.

Gloria Ornelas: Tenemos que reaccionar ante los hombres, no como se comportan, sino como se pueden comportar.

En resumen, respecto del funcionamiento del CNI hemos tenido muy buena aceptación por los grupos de homosexuales y de prostitutas, particularmente estamos trabajando en detección con la gente que detienen 36 horas en las diferentes delegaciones, aprovechando su estancia allí se les da promoción educativa y se les invita a que vayan a hacerse la prueba y se pueda hacer un seguimiento. A los líderes se les entrena para que vuelvan a sus comunidades para multiplicar la información; esto lo hemos logrado con algunas prostitutas que enseñan a sus clientes el uso del condón. Se están diseñando algunas encuestas para que ellas mismas sean difusoras y receptoras de información que nos ayude a hacer un diagnóstico situacional de la prostitución en México, que hasta ahora no existe; partiendo del hecho real que sí existe, aunque no se autorice legalmente. Al respecto, este año el CONASIDA se ha visto en la necesidad de crear dos subcomités más, además de los cuatro señalados: uno de movilización comunitaria y otro de asuntos legales, dado que el padecimiento no se limita al ámbito médico, sino que se reconoce su trascendencia social, económica y política.

Lilia Pérez Franco: Doctora, ¿qué función tiene, o tendrá, el Subcomité de asuntos legales?

Gloria Ornelas: Ya hablábamos de que la solución no está nada

más en el ámbito médico, sino que las repercusiones sociales-políticas y legales son muy importantes. Por ponerle un ejemplo: la prostitución; no podemos hacer campañas de prevención con algo que se supone que no existe o no debe de existir. Tenemos que partir de la realidad, es decir, de que sí existe. Todo esto va a tener que movilizar algunos parámetros legales. Otro caso es el asunto legal de la compra-venta de sangre. Hemos estado trabajando con las delegaciones, concretamente con la delegación Cuauhtémoc, en la posibilidad de limitar zonas de tolerancia, aunque no estén permitidas, para que no se difunda el padecimiento. Es importante hacer promociones, regalar preservativos, etc. Es importante el rumbo legal, como marco jurídico, para poder tomar algunas medidas. México coparticipa con la OMS en la postura de que no se hagan pruebas de tamizajes serológicos obligatorios a nadie, ni a los extranjeros que vienen de otros países, ni que sea motivo legal para pruebas prenupciales o para gente que se encarcele, o algunas otras medidas que algunos países han intentado imponer. No estamos de acuerdo en imponer ninguna prueba serológica a nadie. Esto por muchos inconvenientes: la tardanza de la prueba, su grado de error, los altos costos, pero además porque ¿qué vamos a hacer con los seropositivos? Las pruebas de tamizaje serológico se están haciendo con fines de investigación, de muestreo, para saber el comportamiento que tiene en nuestro país, que es totalmente diferente al de EUA u otros países, por las determinaciones culturales, por las características propias, como pueden ser el tener manifestaciones clínicas de tuberculósis, etc. En nuestro país hay características muy específicas que ameritan el hacer una investigación seria sobre la transmisión del SIDA.

Lilia Pérez Franco: ¿Quiere decir esto que ese comité tendría, entre otros cometidos, el de formular algunas propuestas de legislación? ¿Tendría también alguna función de asesoría? Porque yo se que en algunas empresas paraestatales han sido despedidas gentes porque son seropositivas ¿Quiere decir esto que el gobierno tendría una posibilidad de autolimitación? Es decir, si soy seropositivo y mi médico comunica a la empresa indebida e ilegalmente que yo soy seropositivo, la empresa toma la decisión que más le conviene.

Gloria Ornelas: Bueno, ya sucedió que la empresa intentó despedir a una persona seropositiva y se consiguió revocar tal decisión y además una indemnización. La solución está en todos los rubros, no es fácil, no se puede ir por un solo camino y esto lo vivimos día a día en el centro. En un inicio, el CNI, que se abrió en abril de 1986, empezó a funcionar sin ninguna planeación previa. Hemos ido aprendiendo sobre la marcha.

Al inicio llegaba gente que por curiosidad solicitaba información; después llegaba gente que quería hacerse la prueba, después empezó a llegar una gran población de seropositivos, después gente que quería que llenáramos formatos de defunción; ahora están viniendo los amigos que acompañaban a los primeros, que ya también son seropositivos. Hemos integrado grupos de seropositivos; la idea es cómo integrar grupos que puedan compartir experiencias, hacer prevención, enfatizar las medidas de prevención, darles una razón por qué vivir día a día para evitar las reacciones de posibles suicidios, las reacciones psicológicas negativas ante un diagnóstico de seropositividad. Hemos visto que se ayudan, se apoyan, y nosotros también encontramos una forma de hacer seguimiento epidemiológico respetando el anonimato.

El CNI, es un microcosmos donde vemos crecer el problema. Al primero de diciembre de 1986 se han notificado 1047 casos, estos son los casos notificados, obviamente hay un subregistro, no todos los médicos lo saben diagnosticar; no todos cuentan con el equipo de detección, no todos lo notifican aunque sea obligatorio. El subregistro se obtiene al multiplicar por 100 el número de casos registrados, suponiendo que es el total de infectados; eso nos da una gran población. Ya somos el cuarto lugar en América. Por primera vez se han notificado casos relacionados con drogadicción intravenosa, cosa que no se había presentado en nuestro país. El 90% se refiere a relaciones sexuales, un 10% a transfusiones sanguíneas y el .5 a .7% a perinatales.

Ya existe una asociación contra la drogadicción intravenosa. Somos el noveno lugar de número de casos notificados en el mundo, entonces dadas las características de nuestro país, el momento histórico, la gran crisis, la gran devaluación, la situación médica, alimentaria, nuestra colindancia con EUA, el país de mayor número de casos notificados, nos preocupa mucho, aunque poco más de 1000 casos no sean nada, comparados con el número de muertes por diarrea, o con el número de otros padecimientos cuya mortalidad es mucho mayor, estos 1000 y tantos casos se han dado en el transcurso del 81-87. En sí no sería motivo de alarma, pero se multiplica, se duplica el número cada siete meses, aumenta geométricamente el riesgo.

Esto es lo que nos alarma y lo que hace urgente lanzar campañas de prevención y educación sexual previa, para que tengan éxito. Comparativamente con otros países, no contamos con una infraestructura de educación sexual suficiente para poder empezar a trabajar. En el CNI nos hemos dado cuenta de que la gente no sabe cosas elementales. Hay preguntas tales como que si bisexualidad es te-

ner relación por dos lados. Otro caso: a una prostituta le estábamos dando condones con instrucciones precisas. Una semana después nos dijo que es muy difícil ponerlos. Le volvimos a explicar cómo se pone, "mira, se toma y se estira sobre el miembro del hombre". Asombrada preguntó: "¡Ay!", ¿es para el hombre? Una profesional en la sexualidad tiene ese grado de desconocimiento. También hablan por la línea telefónica de servicio continuo que tenemos y alguna vez preguntaron "yo estoy tomando preservativo, ¿qué también me tengo que poner el condón?" No saben que preservativo y condón son lo mismo. Hay mucho desconocimiento de las cosas más elementales.

Entonces estamos percatándonos de que la campaña debería empezar desde lo más elemental de la sexualidad: el cuerpo humano ¿Cuáles son sus funciones, cómo es la reproducción, qué son las enfermedades de transmisión sexual? Para el SIDA en particular, hay que empezar con cosas preliminares como ¿Qué es inmunología? En otros países no tienen que empezar desde atrás. Tenemos mucho por hacer. Es un momento de urgencia y estamos trabajando con ganas. La idea es que el CNI se multiplique en una red nacional y pueda ser un núcleo de información, de investigación y donde se puedan educar promotores de la comunidad para reintegrarlos y tener una continua retroalimentación.

Lilia Pérez Franco: ¿Hay alguna relación con otros grupos civiles que tienen propósitos semejantes?

Gloria Ornelas: Sí, con la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA. Luis González de Alba es miembro de esta Fundación y también está en el CONASIDA. Sin embargo, la solución no va a estar dada por un sector o por una institución, la solución es de toda la comunidad, toda la sociedad va a tener que compartir, participar con la responsabilidad de asumir el padecimiento y no aislando ni rechazando, ni creando islas de seropositivos.

Lilia Pérez Franco: ¿Cuáles son las dificultades reales con las que se enfrenta el Centro?

Gloria Ornelas: Nos hemos dado cuenta que hay tantas respuestas al SIDA como seres humanos. Aunado a esto, México es un país en el que en 1988 existen simultáneamente muchas etapas de desarrollo. Para ponerle un ejemplo: estábamos haciendo una investigación sobre hepatitis en Huitzililla, un pueblito en Morelos, en la tarde regresábamos a la UNAM a dar alguna interconsulta, esto nos muestra que estamos viviendo en un país en el que simultáneamente estamos en la edad media, en la edad primitiva donde están los mitos y los brujos y la herbolaria. En donde hay vestigios de la inquisición, lugares donde se considera que una enfermedad es una

posesión por espíritus, por un castigo, etc. Tenemos todas estas etapas, todas estas respuestas. A diario lo vivimos, al CNI siempre llega alguien con una cura, alguien que "inventó" una herbolaria o algo. Le tomamos los datos y los guardamos. Incluso, se está haciendo una relación para dar la opción a la gente que esté interesada, pero de ninguna manera tienen validez científica. Esto refleja una respuesta de la sociedad ante el miedo de la muerte inminente por el padecimiento.

Hemos tenido muchas respuestas de personas, más que de instituciones o de grupos. Igual ha habido religiosos que han estado totalmente en contra del preservativo y que nos atacan y acusan de que estamos promoviendo la promiscuidad, como obispos muy avanzados, que al contrario, están pidiendo pláticas para todos los sacerdotes. En fin, hay tantas respuestas como seres humanos y hay que tener flexibilidad para atender las demandas, entender al mismo tiempo que todos tienen el común denominador del pánico y el pánico a diferencia del miedo, no intenta conocer las causas, entonces la idea es darles información para que puedan protegerse con responsabilidad.

Lilia Pérez Franco: Ahora el CNI tiene la tarea de dar información, de ayudar a quien acude. Ustedes son una fuente que acumula información; respecto a esto ¿han previsto la relación con otros espacios más amplios en donde esta información que ustedes tienen pudiera orientar también a otros grupos aunque no sean seropositivos o enfermos? Es decir, hasta donde logro darme cuenta, las posibles campañas que hace la Secretaría de Salud están muy localizadas, por ejemplo, en hospitales hay carteles; en la televisión a muy alta hora de la noche uno encuentra un anuncio, pero en un espacio como la Universidad en donde tenemos una población de jóvenes que por definición tienen una vida sexual activa, encuentro que no hay esta información ¿Cómo ve usted esta situación?

Gloria Ornelas: Dentro de los programas propuestos para este año, está el de utilizar las estructuras sociales para la multiplicación en cascada de información sobre el SIDA. Se trataría de juntar a todos los Comités de Salud y a todos los comités de cada una de las Delegaciones y en cascada ir multiplicando estas informaciones con los jefes de manzanas, los colonos de cada colonia, etc. Dentro del sector educativo se está previendo incluir dentro del texto único, como parte de la educación sexual, información. Se está haciendo un manual para educar a maestros y alumnos de secundaria, que se distribuirá a todas las secundarias del país. Se están tomando diferentes medidas para instruir primero a los maestros y ahí ir en cascada. Respecto a las Universidades el contacto que hemos tenido ha

sido por demanda, nos hemos limitado a demandas concretas, aun con eso no nos damos abasto. La gente pide una plática y se les da. Este año se tiene previsto crear promotores. Ya no podemos darnos abasto para ir a cada una de las pláticas solicitadas. Es decir, si tienen interés en multiplicar estas pláticas les pedimos que envíen a su médico o a otra persona y nosotros lo entrenamos, le damos el material para que pueda multiplicar estas pláticas.

Lilia Pérez Franco: ¿A través del CNI han tenido oportunidad de captar la posición de la iglesia o de algunos grupos de derecha, frente al problema del SIDA?

Gloria Ornelas: Las altas autoridades del Episcopado de México han tenido la apertura de hablar con las altas autoridades del sector salud. Esto es ya un avance. Dentro de esta apertura se describió la magnitud del problema y la amenaza que significa el padecimiento. Se acordó no obstaculizar la campaña del preservativo, o del condón, mientras éste no fuera difundido como una forma de planificación familiar sino como una prescripción médica en contra de un padecimiento mortal. Para fines prácticos, acordaron apoyar la lucha contra el SIDA con educación hacia la monogamia, especialmente dirigida a los jóvenes. Se reconoce la realidad de un padecimiento mortal transmitido por vía sexual, y se tiene la apertura de pedir adiestramiento para poder manejar los problemas que ya están viviendo a través de los confesionarios, no sólo de seropositivos, sino también de sus familiares, que no saben qué hacer. Para saber cómo orientar y ayudar a estas personas han pedido ayuda; entonces yo sí considero que ha sido una reacción abierta. Aunque hay que decir que también ha habido respuestas aisladas en contra. También hay religiosos que voluntariamente acuden para dar orientación y apoyo espiritual a la gente que lo necesita.

Lilia Pérez Franco: ¿Esta apertura y estas reuniones, han sido canalizadas hacia ustedes?

Gloria Ornelas: Sí, incluso han ido al CNI a pedir pláticas.

Lilia Pérez Franco: ¿Cuándo ocurrió esto?

Gloria Ornelas: En el último mes, o dos meses...

Lilia Pérez Franco: A propósito de estas pláticas tenidas con la iglesia y del papel de la monogamia, de la función de la pareja en el combate al SIDA, como partimos del hecho de que entre los homosexuales —quienes también son ciudadanos— hay parejas, a nosotros nos gustaría saber si ustedes han pensado en la posibilidad de promover alguna legislación que amplíe los beneficios de la legislación civil, también para los homosexuales...

Gloria Ornelas: De hecho, se está luchando y pugnando por los derechos humanos, por la homosexualidad como una preferencia sexual. Se ha afrontado directamente el ataque estigmatizador

contra estos grupos minoritarios. Desde el Dr. Soberón para abajo. Ahora, repito, hay tantas respuestas como seres humanos y como se trata de un padecimiento que se encierra en todo un tabú, implica un gran esfuerzo el ir modificando actitudes, pero tiene unos beneficios secundarios. El SIDA trae consigo esta lucha en favor de los derechos para los homosexuales, para las prostitutas, para un mejor tratamiento dentro de las cárceles. Es decir, una apertura a subculturas previamente ignoradas, inaceptadas. Ya está reestructurando el mismo sector salud. Se hace énfasis hoy en la prevención más que en la atención médica de segundo o tercer nivel.

Lilia Pérez Franco: Pero, ¿qué hay de la legislación?

Gloria Ornelas: Esto lo están viendo en asuntos legales. De hecho, aunque es importante, hay otros rubros que se están viendo antes de esto. Precisamente para prevenir tenemos que poder controlar la promiscuidad, independiente de la preferencia sexual. Hay que ir a los problemas más inmediatos.

Lilia Pérez Franco: En términos de lo que sería la organización de las distintas actividades que tiene el CNI, ¿cómo están organizados ustedes?

Gloria Ornelas: Existe un equipo de médicos, psicologos, trabajadoras sociales, secretarias y queremos que exista un sistema de voluntarios. Hemos tenido algunos problemas, pero ya es una apertura que el gobierno financíe este tipo de centros, que no existían en nuestro sistema de salud. Esto es ya una novedad.

En relación con la ayuda psicológica, inicialmente tuvimos algunos grupos que no contaron con la ayuda profesional, pero nos percatamos que es muy delicado manejar la idea de la muerte, manejar la crisis que esto desencadena. Esto tiene que ser manejado siempre por un profesional, no nada más para beneficio de la gente sino también del personal. El personal tiene que estar continuamente lavándose psicológicamente para evitar riesgos de crisis, porque al estar abiertos a la población en general, también hay llamadas obscenas, de gente psicótica, gente que tiene otro tipo de patologías y paranoias, gente violenta. Tenemos que hacer una limpia constante de la psique del personal, para que la atención que den sea realmente positiva.

Estamos convencidos que para que el mensaje sea auténtico, tenemos que convivir con los seropositivos para sensibilizar a la gente y homosexuales, para que no hubiera el rechazo y el tabú histórico que se tiene a estos grupos. Hemos visto que esto sensibiliza a la gente y hace mucho más natural la comunicación con el personal de aquellos que acuden para solicitar informes. Si bien en un principio se exageró el rechazo del público hacia el Centro, ahora hemos vis-

to que la población que tiene algún familiar o algún amigo enfermo, ha aumentado.

Esto ya lo vuelve un problema real que los hace acudir, porque de verdad necesitan ayuda, de verdad están asustados. Ya no es sólo el pánico, mitos o cosas inventadas. Ya es un caso real.

Lilia Pérez Franco: Dentro de este tratamiento integral del SIDA como afección en un individuo, en lo particular me parece muy interesante lo que ustedes han implantado en cuanto al apoyo psicológico a seropositivos a nivel comunitario. Pero en este país contamos con un sistema de medicina social... ¿Existe algún proyecto, dentro de la actual gestión, independientemente de la continuidad sexenal, o no, de tomarse más en serio la ampliación del servicio psicoterapéutico a los derechohabientes del Seguro Social, del ISSSTE y de Salubridad?

En el Centro Nacional de la Raza al paciente de SIDA a veces se le manda con el psiquiatra o con el psicólogo, quien normalmente no tiene ninguna experiencia. Se que no es culpa de las autoridades de salud que no haya psicólogos experimentados en esto, pero también se que no hay una infraestructura adecuada...

Gloria Ornelas: En este mes, en Londres va a tener lugar la reunión mundial de secretarios y ministros de salud de todo el mundo. El punto principal a describir es la situación actual del SIDA y apoyar precisamente todas las campañas educativas, pero con una dirección psicológica. Este es uno de los beneficios secundarios del SIDA. Una apertura a la psique. Conforme aumenta la demanda por parte de los seropositivos, va ha aumentar también el servicio de psicología adecuada. Esto va ha beneficiar otros campos como el oncológico... De hecho, lo que está ayudando mucho a la asesoría psicológica de los pacientes con SIDA, es la experiencia lograda por pacientes terminales. Lo oncológico era el único campo en el que se tenía alguna experiencia en este rubro. Se están vinculando esfuerzos, se está encontrando mucho más apoyo que antes por parte de las autoridades. Siendo que esto es otro más de los beneficios que se han traído para el SIDA.

Lilia Pérez Franco: Aunque pueda uno inferir aspectos positivos de sus opiniones acerca de lo normal o de la patológico en la sexualidad, yo preferiría pedirle que explicite usted qué es lo normal y qué es lo patológico en la sexualidad de sus concepciones.

Gloria Ornelas: Como sabemos, la Asociación Mundial de Psiquiatría ha aclarado que la homosexualidad no es una patología, es un derecho, una preferencia sexual. Nosotros nos hemos dado cuenta que existen neuróticos y psicóticos heterosexuales, homosexuales o transexuales. Si bien existe una relación del seropositivo

con tendencias a la autodestrucción, independientemente de la preferencia sexual. Dentro de los homosexuales mayormente expuestos a la seropositividad, están los que buscan la muerte de alguna forma. Incluso, hemos visto algún caso que buscó infectarse inconscientemente. Esto nos puede ayudar para las campañas de prevención. Igual en relación con el heterosexual neurótico, que con ansiedad busca afecto a través de la promiscuidad. Esta situación lo expone mayormente. Esto se da también porque la promiscuidad aumenta el riesgo de adquirir el padecimiento. El hecho de que epidemiológicamente el padecimiento se ha limitado por definición a los homosexuales, ha sido porque se incluyó en ese grupo y ese grupo lo transmitió a los otros. En México, hemos visto que los patrones de conducta sexual son particulares. La bisexualidad es enorme y la vemos acrecentarse. Los prostitutos nos dicen que tienen mayor demanda de bisexuales que de homosexuales. Esto aumenta el riesgo de que pase a la población de heterosexuales. Epidemiológicamente, independientemente que tenga o no que ver con la normalidad de las relaciones sexuales, es un fenómeno que se está dando por mecanismos de transmisión sexual.

Lilia Pérez Franco: Esta cuestión de la normalidad y de la patología surgió en mí acorde con la siguiente pregunta: ¿debemos pensar, de acuerdo a su opinión, que la promiscuidad en sí aumenta el riesgo, o más bien, que lo hace una promiscuidad no regulada? ¿Qué es ser promiscuo: tres relaciones sexuales, 20, 50, 100?

Gloria Ornelas: Tiene usted toda la razón. Estuvimos en una reunión en Ginebra en la que estaban representantes de todo el mundo para establecer las leyes contra el SIDA y alguien de un país oriental, que no voy a precisar el país, comentó que si el problema del SIDA existe en un 90% de los casos en una población homosexual, lo mejor sería que acabáramos con los homosexuales; otro, se levantó y dijo que esto es un ataque a los derechos humanos. La homosexualidad es un derecho, una preferencia sexual, el riesgo es la promiscuidad. Entonces se levantó la representación sueca y dijo que la promiscuidad es un derecho. Creo que estas cuestiones están culturalmente definidas. Tiene usted toda la razón, la promiscuidad en sí no es el problema, sino la promiscuidad desprotegida.

Lilia Pérez Franco: ¿Se tendría entonces que difundir la idea de que no es la promiscuidad la que genera la enfermedad?

Gloria Ornelas: Otra vez estamos manejando un problema en un país en el que hay muchas etapas culturales de desarrollo y subdesarrollo. Los de ultra derecha nos dicen que cómo se nos ocurre mencionar condón en medios masivos, que estamos promoviendo la promiscuidad y otros nos dicen que es un derecho. Tenemos que

darle a cada quien una respuesta preventiva. Si al monógamo ultra derechista, muy conservador y religioso, eso le sirve, perfecto. Nuestra responsabilidad como sector salud no es moralista, es hacer prevención a un padecimiento que está matando gente. Hay varias soluciones, que cada quien acepte la que le sirve. Nuestra responsabilidad es difundir las posibles vías de prevención, la libertad está en el individuo de hacerlo o no.

Lilia Pérez Franco: Volviendo a otras cuestiones anteriores, usted mencionaba que hay carencia de información acerca de la sexualidad y que no se trata entonces sólo de hacer una campaña respecto al SIDA en particular, sino que se tendría que empezar desde muy abajo, ¿cuál es, a propósito, la relación que ustedes han tenido con los medios masivos de comunicación? ¿Ha habido discusiones en torno a esto? ¿Hay limitaciones?

Gloria Ornelas: Nosotros somos un apoyo a la campaña masiva de educación. La educación para la salud se da bajo la dirección de la Dirección General de Epidemiología, propiamente bajo el presidente de CONASIDA, del Dr. Jaime Sepúlveda. Nosotros apoyamos con comunicación cara a cara. Hasta ahora no nos hemos metido en hacer campañas de educación masiva porque esa es la función de la Secretaría de Salud. No obstante, ante los resultados de esta campaña, nosotros damos la cara, entonces nos llegan los golpes de la sociedad. Cuando la campaña no tiene las respuestas deseadas. Sé que somos culpables de haber empezado una campaña que no ha mantenido una continuidad, que no ha dado toda la información que se debiera, incluso algunos posters son contradictorios, son necrofílicos. Nosotros tenemos que hacer que los seropositivos quieran vivir. Cuando se pone un poster donde se dice que te vas a morir, pues es muy difícil obtener una respuesta positiva. Se reconocen errores y se busca mejorar las campañas. Próximamente va a salir una serie de *spots* mucho más educativos, combate específicamente los mitos y ofrecen concreta y abiertamente el condón, recomendando que se utilice como una medida de prevención. Hemos cometido errores, estamos abiertos a modificarlos, y por otro lado, nunca había visto que el gobierno participara tan abiertamente en temas tan delicados.

Lilia Pérez Franco: Esto es importante, ¿cuándo se conoce el primer caso de SIDA en México?

Gloria Ornelas: 1981. Era un caso importado, un haitiano. Los primeros eran casos de un estrato social pudiente, que podían viajar al exterior y podían tener relaciones sexuales en el exterior. Pero ahora, el problema se encuentra en todos los estratos, albañiles, obreros. Se ha expandido, se ha democratizado. Todavía el

70% se limita a las grandes urbes, especialmente el DF, Guadalajara y Monterrey. Pero ya se están notificando casos aislados dentro de la comunidad rural. Esto nos preocupa. Algunos tienen el antecedente de haberse ido a trabajar al exterior y regresan infectados. Pero dentro de una comunidad rural donde los patrones de comportamiento son totalmente diferentes a los urbanos, donde el 52% de las casas habitación tienen un solo cuarto, la sexualidad se da en forma diferente, todos comparten un mismo cuarto, una misma cama. La comunidad no va a tener dinero, no va a tener la farmacia cerca para comprar condones, ni la apertura sociocultural para aceptarlo. Entonces la solución ahí va a tener que ser utilizando lo que sí puede servir, que puede ser promover la monogamia. Va a tener que atacarse ese problema en forma diferente. Lo ideal en este momento es limitar al problema en lo posible a estratos que pueden leer y escribir. La pólvora ya está regada, hay que evitar que se le prenda fuego.

Lilia Pérez Franco: ¿Cuándo se registra el aumento de casos de SIDA en México?

Gloria Ornelas: A partir de 1983-84.

Lilia Pérez Franco: Respecto a eso que se ha llamado "campaña de información en busca de la prevención", se ha venido dando sólo en el último año.

Gloria Ornelas: Repito, este padecimiento es nuevo. Retrospectivamente se sabe que el primer caso se vio en 81, no se supo en 81. De hecho, el virus se aisló en 83, el virus se confirmó en 84, las pruebas de detección serológica también no tienen más de tres años. En México este problema comparativamente con casos de diarrea, de paludismo, de infecciones respiratorias, etcétera, no es importante. La importancia está en el hecho y en la forma en que se está multiplicando, por eso es necesario todavía una campaña de prevención.

Lilia Pérez Franco: ¿A cuánta gente atienden en el CNI?

Gloria Ornelas: Hemos tenido dos grupos que ya se han ido. La idea no es mantenerles toda la vida, sino enseñarles a manejar su dinámica, prepararlos e integrarlos y que ellos se independicen socialmente y ya puedan ayudarse con un sistema de voluntariado. Porque el Centro no puede asumir la responsabilidad de sus vidas para siempre. Por ello se les ha puesto un periódo de tiempo límite: dinámicas de dos meses que puede seguir hasta seis meses, pero ya el tratamiento psicológico, lo tienen que buscar independientemente de estos grupos. Ahorita tenemos tres grupos aproximadamente de 12 miembros, aunque no son todos los seropositivos de México.

Lilia Pérez Franco: ¿Han tenido modo de saber si se cumplen es-

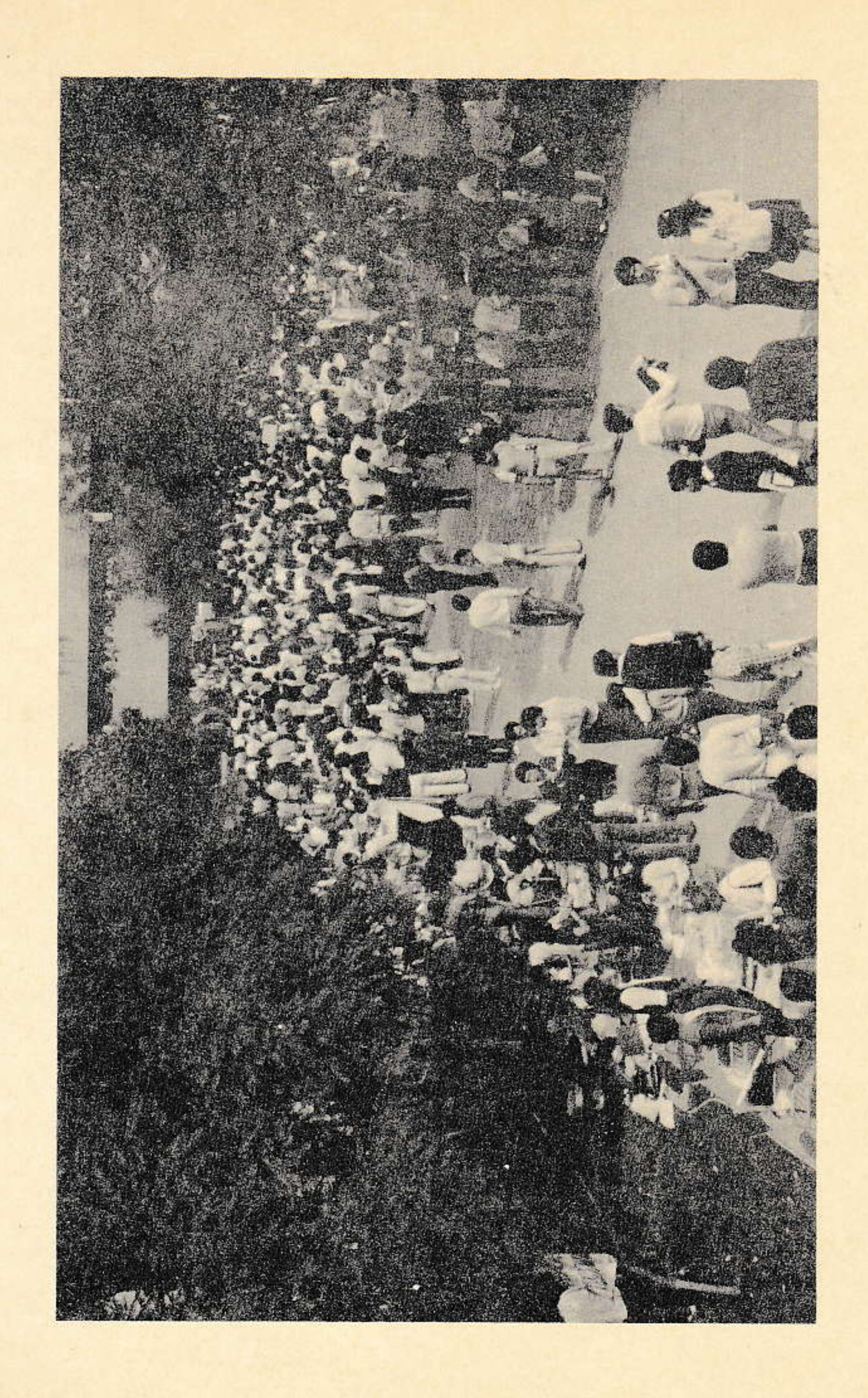
tas expectativas de difusión y apoyo de estos grupos hacia sus comunidades?

Gloria Ornelas: Aun no. Queremos hacerlo, pero eso será en una etapa posterior. No tenemos el instrumento para evaluarlo. Todavía estamos tratando de cumplir con lo que nos hemos propuesto.

Lilia Pérez Franco: ¿Tendría usted alguna cuestión que agregar, algún comentario?

Gloria Ornelas: Sí. Felicitar el móvil del libro. Hace falta. Insisto, la solución es de todos, el compromiso es de todos los sectores. Todas las partes de la comunidad van a tener que multiplicar información, traducirla a códigos que puedan entender sus diferentes receptores. Por poner un ejemplo, tenemos un voluntario que es sordomudo, el habla con los sordomudos, me bromean mucho porque tengo a alguien en un centro de información que no oye y no habla, pues porque existe gente de este sector que por necesidad económica se prostituye y además que son nómadas, que van de estado en estado. Es una subcultura desconocida, ignorada, no atendida, pero existe y es necesario atenderla. Igualmente ustedes, que tienen esta capacidad de dar información a un estrato X y a unos receptores X; quizás logren más aceptación por parte de grupos que normalmente rechazarían. Muchas gracias.

enero de 1988



Tomado del audiovisual "La carrera de sociología en la UAM-A", coordinado por Adrían de Garay.

LA IDENTIDAD DEL SIDA. sondeo inicial en la comunidad UAM—A

*irma juárez gonzález**

En el mes de septiembre de 1987, un pequeño equipo (formado por seis estudiantes y dos profesores) emprendimos una labor de sondeo con el fin de conocer la opinión de los tres sectores que conforman la comunidad UAM—A, acerca del SIDA. Sabíamos que hacer encuestas de diversa indole, forma parte del quehacer profesional de quien se dedica a la antropología o a la sociología, sin embargo, preparar y aplicar un cuestionario sobre el SIDA resultó algo difícil e inusitado.

Antes de elaborar nuestro programa de trabajo, revisamos las encuestas hechas por la Secretaría de Salud. Eran cuestionarios de opción múltiple con cerca de 60 preguntas, que por su mismo carácter sólo permitían cuantificar más no apreciar el verdadero sentir de la gente sobre esta enfermedad.

Nos interesaba captar la opinión de nuestro universo: *la comunidad universitaria*, acerca de un tema tan controvertido que aparentemente no tenía repercusión en la reflexión académica.

Decidimos elaborar 13 preguntas abiertas que serían contestadas con el puño y letra del entrevistado, asegurando la confidencialidad de sus respuestas mediante un sobre cerrado. Una vez entregado el cuestionario, se repartieron dos cuartillas que explicaban al entrevistado la intención de aplicar dicho formulario.

Para elaborar el cuestionario partimos del siguiente supuesto: la comunidad universitaria como centro de Educación Superior tiene

*Quiero agradecer la entusiasta y paciente colaboración de los alumnos Beatriz Téllez B., Luz del Carmen Zaldívar H., Victoria Negrete S., Isabel Vega B., Marta George L., Alfonso Mejía M., quienes ayudaron a aplicar el cuestionario y sistematizar la información. Así como el apoyo de las profesoras Lilia Pérez Franco y Rocío Grediaga para el sondeo con los profesores. A la Dra. Sylvia Ortega y a Salvador de León, agradezco el apoyo brindado para la información en la computadora. A Francisco Galván Díaz por las discusiones de las distintas versiones de ese artículo.

un mayor acceso a la información, a diferencia de otros sectores de la sociedad. De este modo las preguntas pretendían obtener información de los entrevistados acerca de los medios a través de los cuales se han informado sobre el SIDA y sus opiniones en torno a los siguientes tópicos: *el origen y descripción de la enfermedad, la forma de contagio y las esperanzas de vida, una vez contraído el mal*. También nos interesaba sondear sus *actitudes respecto de individuos enfermos y su posible acercamiento o distanciamiento a ellos, así como el manejo de sus relaciones con conocidos que pudieran contraer SIDA. Del mismo modo constatar su información sobre las medidas gubernamentales para tratar el problema y si lo hecho es suficiente. Rescatar propuestas de los entrevistados para enfrentar la enfermedad (en lo informativo y en lo preventivo) y su punto de vista acerca de qué hacer con los enfermos de SIDA en tres niveles: el médico, el afectivo y el social.*

El número de cuestionarios aplicados fue de 100. Se distribuyeron de la siguiente manera: 50 para estudiantes, de los cuales 20 pertenecían a la División de Ciencias Básicas e Ingeniería (CBI), 15 a la División de Ciencias y Artes para el Diseño (CyAD), y 15 a la División de Ciencias Sociales y Humanidades (CSH). Asimismo, se repartieron por carreras y trimestres. En el caso de los profesores se distribuyeron 10 cuestionarios por División (en total 30), que incluían algunos directivos y jefes de departamento. Con los trabajadores (que sumaron un total de 20 entrevistas) se abarcaron las siguientes áreas: secretarial, auxiliares de oficina, vigilancia y jardinería.

La aplicación del cuestionario sobre el SIDA nos reveló paso a paso no sólo cómo piensan los sectores universitarios sobre esta enfermedad, sino también cómo vivieron los entrevistadores las actitudes de rechazo e indiferencia, así como la de aceptación del cuestionario. También nos dimos cuenta que nosotros y que el grupo de alumnos y profesores que entregaban el cuestionario, manejamos una información demasiado vaga, lo que impidió responder a las inquietudes de las personas después de entregarnos su sobre.

NO TENEMOS NADA QUE VER CON EL SIDA

De los informes entregados por los entrevistadores se desprende que las actitudes de los estudiantes hacia el cuestionario iba del no rotundo a la negativa a contestar, con el argumento de la falta de tiempo para hacerlo. Otras negativas se acompañaron con la justi-

ficación de carecer de información sobre el tema. Por último hubo alumnos que se negaron con el argumento de que "ellos no tenían nada que ver con el SIDA".

Fue así que en la actitud de rechazo se percibió cierto prurito en contestar debido a la relación o identificación del SIDA con hábitos sexuales.

En el caso de los trabajadores, la negativa a contestar el cuestionario se acompañó de una actitud de miedo y desconfianza a ser identificados con la enfermedad. En los comentarios de justificación para no resolver el formulario, la constante se puede resumir en la siguiente frase: "yo no estoy en riesgo de contraer esa enfermedad".

Los profesores que se negaron a contestar argumentaron falta de información sobre el tema, pero una disposición favorable para apoyar aquellas acciones que se pudieran emprender como resultado del sondeo.

LOS QUE ACEPTARON CONTESTAR

No se puede afirmar que quienes aceptaron responder lo hicieron sin mayor problema. En términos generales, los entrevistados mostraron sorpresa al saber del tema a tratar. Ya en el momento de responder y al finalizar el formulario, manifestaron su preocupación por la enfermedad y fundamentalmente su disposición a acceder a una mayor información y a conocer el resultado del sondeo.

Hay que llamar la atención en el siguiente aspecto: en los tres sectores entrevistados la disposición a contestar por lo general estuvo acompañada de la formulación mecánica de chistes y de cierta hilaridad; así como de comentarios que identificaban el problema con la homosexualidad.

En el caso de los estudiantes de CyAD, a diferencia de los de CBI y CSH, la actitud generalizada fue de morbo y burla, o bien, de cierta indiferencia que encubría su falta de información.

En el proceso de interacción (entrevistadores-entrevistados), en términos generales nos quedó la impresión de que entre o para los universitarios, el SIDA es una enfermedad que tiene pocas probabilidades de afectarles. Pareciera un fenómeno distante, que ha cobrado importancia, pero finalmente una enfermedad de la cual se es espectador del drama que otros viven.

EL ESCENARIO DE LAS RESPUESTAS

A continuación presentamos la clasificación de los 100 cuestionarios, entre tres grupos entrevistados, distribuidos en cinco rangos de edad.

La primera aclaración que habría que hacer, es que el número de cuestionarios que se anularon en la estadística fue de 16, de los cuales seis cuestionarios se entregaron en blanco y los otros diez se entregaron sin poner en la cabeza del mismo los datos que permitían hacer la distinción de los formularios por sector y edad. Por tanto, el universo se redujo de 100 a 84 cuestionarios, que se toma como el 100% para nuestro estudio.

RANGO		ESTUDIANTES	PROFESORES	TRABAJADORES
a)	18-24	41	0	2
b)	25-31	4	5	10
c)	32-39	-	17	2
d)	40-46	-	2	0
e)	47-53	-	0	1
TOTAL:		45	24	15
N = 100		(50)	(30)	(20)

Para la lectura de los nueve cuadros que se presentan al final, hay que enfatizar que trabajamos con preguntas abiertas, muchas de las cuales tuvieron hasta 19 posibilidades de respuesta. Si bien en la sistematización se hizo un agrupamiento temático, se dió que en una misma pregunta las respuestas abarcaron diversos aspectos, por lo que las posibilidades de respuesta rebasan o no se corresponden al número de entrevistados.

De la pregunta No. 1, que se refiere a los medios a través de los cuales se han enterado del SIDA, salta a la vista que la principal fuente de información son los medios masivos. Muchos de los contenidos de las respuestas a otras preguntas, reflejan la influencia que los medios han tenido para orientar, o bien, generar una opinión sobre esta enfermedad. Las otras posibilidades de respuestas, referidas a círculos médicos, conferencias y el CONASIDA, dan cuenta de cómo el porcentaje de estas instancias es bajo en su impacto formador de opinión en la comunidad universitaria.

Por otra parte, el rubro de pláticas informales también se refleja en las preguntas que tienen que ver con actitudes hacia el enfermo o enfermedad, y en el conocimiento de la misma enfermedad, ya que las respuestas presentan en muchos casos una carga valórica, o bien, una distorsión de la información (véase cuadro y gráfica No. 1).

En la pregunta No. 2, acerca de cómo se contrae la enfermedad, las posibilidades de respuesta coinciden con la información de las instituciones de salud y de los distintos medios de información. Aquí es importante resaltar la probabilidad de respuesta a la número 4, en donde se considera erróneamente que un medio de transmisión de este virus puede ser la saliva, lágrimas, o bien, piquetes de mosco. En los tres sectores entrevistados se encontró este tipo de respuesta, lo cual al parecer nos puede indicar el impacto que aún tienen los rumores (distorsionantes de la realidad) que se generan por vía informal. El que se considere como única vía de contagio al contacto con homosexuales refrenda que el manejo de la información lleva consigo una carga valórica ya mencionada, cosa que también se observó en las personas que se negaron a responder el formulario, o entre quienes lo contestaron pero ironizando e identificando el tema con los homosexuales (véase cuadro y gráfica No. 2).

A partir de la pregunta No. 3: ¿En qué consiste la enfermedad? encontramos que si bien un alto porcentaje de nuestra población tiene claro que la enfermedad es una deficiencia inmunológica, entre los trabajadores y los estudiantes suman un 8% los que no saben en qué consiste, cantidad considerable para una población perteneciente a un centro de educación superior; las posibilidades de respuesta 4 y 5 consideran que el virus ataca células del cerebro, o bien, degenera la psicología, con lo que se reitera el manejo tendencioso de la información (véase gráfica y cuadro No. 3).

En la respuesta 4, sobre quiénes pueden ser los afectados por esta enfermedad, el 63% de las posibilidades ubica a *todos* y después en cascada encontramos que se considera al SIDA como una enfermedad de homosexuales, drogadictos y prostitutas. En la probabilidad 8, la enfermedad tiene toda una connotación moral, ésta la contrae *gente promíscua*. En la posibilidad número 6, la población sexualmente activa está considerada como la más sensible de ser afectada, lo cual refleja una carencia de información, en donde se eliminan otras vías como forma de contagio (véase gráfica y cuadro No. 4).

A partir de la pregunta 5, encontramos que se abre un amplio abanico de posibilidades de respuesta, ya que a partir de aquí se brinda una orientación para emprender la siguiente etapa de investigación que consistirá en una campaña de sensibilización, información y prevención de esta enfermedad.

De las 18 posibilidades de respuestas podemos encontrar que el 50% considera que hay que tener comprensión con los afectados. Después, en orden de importancia, se responde que evitar el contagio es más una consideración de prevención que asume para sí el entrevistado, que una actitud hacia el enfermo. Las siguientes respuestas tienen que ver más con una actitud positiva que no considera a los enfermos como los responsables, sugiero que éstos carecían de información y que hay que tratarlos como iguales.

También hay respuestas que tienen una posición de condena y de precaución frente a los enfermos y el extremo del abanico incluye contestaciones que los consideran descuidados, depravados e ignorantes; llaman a investigar las causas de su contagio, a aislar a los afectados y finalizan considerando a esta enfermedad *una lección para los hombres, un producto de la liberalidad sexual.*

La revisión de la pregunta 5, nos hace pensar que si una comunidad informada como es la universitaria responde de tan diversa forma, pero además con consideraciones de orden moral ¿Qué pasará fuera de la Universidad? Además si se revisan los concentrados de respuesta se puede ver que el abanico se abre fundamentalmente a partir de las consideraciones del sector estudiantil. Sector que al ubicarse en su mayoría en los dos primeros rangos de edad, pertenece a la población que se inicia en una vida sexual, que no necesariamente pasa por el matrimonio ni las relaciones monogámicas. Esta es la edad en que para muchos la búsqueda de experiencias es lo que lleva a definir el manejo de la sexualidad. Precisamente por este manejo de la sexualidad, sorprende encontrar en muchas de las respuestas, que para nuestra gente la probabilidad de caer en la estadística es muy lejana, si no imposible, cuestión que a su parecer los salva del SIDA (véase gráfica y cuadro No. 5).

El cuestionamiento siguiente sondea propuestas de los entrevistados para enfrentar este padecimiento en lo informativo. Las posibilidades de respuesta se agrupan en términos de contenido. Así tenemos que las respuestas 1, 2 y 4 que se encaminan a reforzar los mensajes o información sobre el SIDA, que deberían promoverse a través de campañas amplias y con los medios de comunicación masiva, así como a nivel educativo. El otro grupo de respuestas se dirige a medidas más operativas respecto a los enfermos como son las de evitar contagios sexuales o el proponer que se atienda al enfermo (cosa un tanto obvia). Las respuestas 8, 9 y 11 casi suman un 15%, lo cual nos reitera que nuestra comunidad guarda distancia con la enfermedad, y frente a este grupo de respuestas la posibilidad número 10 indica preocupación de aquéllos que manejando cierta información, consideran importante llamar la atención sobre la gravedad del problema (véase cuadro y gráfica No. 6).

Las respuestas a la pregunta 7, que se refiere a propuestas en lo preventivo, también se podrían agrupar por orden de importancia: la No. 1, que se refiere a crear más campañas de prevención junto con las preguntas 2, 8, 11, 13 y 18, denota la preocupación de orientar, capacitar y seguir investigando sobre la enfermedad. Asimismo, el abanico de respuestas integra, a nuestro parecer, dos subgrupos más: uno donde se plantean acciones operativas muy concretas como la respuesta 3: desechar instrumental contaminado; 7: análisis a extranjeros; 10: revisión constante de personas, así como análisis de sangre en la No. 17: El otro subgrupo reviste particular importancia ya que las posibilidades de las respuestas 5, 6 y 9 engloban repercusiones que debieran estar presentes en cualquier acción de información y sensibilización. De este modo el tener mayores cuidados, modificar costumbres, aunada a la identificación de los "grupos de riesgo", son medidas que deben asumirse como una forma de encarar responsablemente este fenómeno. Cuando se responde "control sexual" en la número 4, preocupa que el sector que propone esta medida sea el de los estudiantes, sector que reiteramos por la franja de edad que ocupa, encuentra solamente como alternativa cerrarse en la búsqueda de nuevas formas de relacionarse con otros individuos, asumir la sexualidad y también encarar la relación amorosa.

En correspondencia con aquellas respuestas que tienen una carga valórica negativa, aparece también, como medida preventiva, el sancionar a quienes no cumplan con las medidas de seguridad; tal pareciera que aquellas personas que contraen el SIDA no les importa las consecuencias fatales que trae aparejado y por lo tanto, debiera caer todo el rigor de la ley sobre los afectados (véase gráfica y cuadro No. 7).

En la pregunta 8, acerca de qué hacer con los enfermos del SIDA, aparecen consideraciones de carácter humanitario y solidario sintetizadas en las respuestas 1 y 2, que proponen dar apoyo, ayuda y atención al enfermo. En las siguientes, que van de la 3 a la 8, también las alternativas de atención giran en torno a un mejor conocimiento de la enfermedad, crear infraestructura, mantenerlos con vida. La respuesta 9 es interesante, ya que propone medidas trascendentes al ámbito médico. Ahora bien, en contraste con estas nueve contestaciones, también hay en menor grado propuestas negativas, como son la exclusión y aislamiento de los enfermos (véase cuadro y gráfica No. 8).

Por último, cuando preguntamos qué hay qué hacer con los enfermos de SIDA en lo social, tenemos que en general existe una postura favorable que va desde el no rechazar a los pacientes, el no

aislarlos, el seguir conviviendo normalmente con ellos, el ayudarles incluso económicamente, comprenderlos, aceptarlos e integrarlos en grupos del mismo padecimiento. Este grupo de respuestas coincide con las de tipo positivo a las preguntas 5 y 8 (véase cuadro y gráfica No. 9).

FALSO EPILOGO

Del conjunto de respuestas podemos inferir que nuestra comunidad, en términos generales, sí maneja información sobre la enfermedad y tiene un cierto conocimiento de lo que el gobierno hace a través de sus campañas. Ahora bien, pese a este manejo informativo básico, la revisión de los cuestionarios deja ver que nuestra gente —los universitarios— no tienen una comprensión profunda e integral de la misma.

Si bien sus actitudes son tendencialmente benevolentes hacia el enfermo, hay un desconocimiento y hasta indiferencia del círculo en el que entra el enfermo de SIDA. Es decir, acerca de los estragos paulatinos y contundentes en la salud que al ser crónicos incapacitan laboralmente al paciente, de ahí que fácilmente se entre en una espiral descendente: pérdida del empleo, ingreso decreciente, que a su vez repercute en los más elementales satisfactores que permiten la sobrevivencia.

Sabemos que esta enfermedad atraviesa todos los estratos económicos, pero su efecto es el mismo, finalmente se convierte al individuo con SIDA en una carga social y en un estigma viviente. El que aún no se encuentre una cura efectiva para el SIDA y por ende, muchas personas e instituciones no la consideran como una enfermedad más, la pone en el umbral de casi un "castigo divino". Es así que para los familiares y allegados del enfermo, significa una proeza asumir la enfermedad sin cargas valóricas, sin prejuicios y despojada del mito que la circunda.

Por otra parte, en distintos medios y foros *especialistas en epidemiología y en salud pública, suponen que en unos cuantos años tendremos varios miles de casos desarrollados: De no encontrar soluciones profilácticas y terapéuticas, e incluso de no conseguirse cambios en las conductas y actividades respecto de la sexualidad entre toda la población, la suma dada —cualquiera que fuere— podría aumentar geométricamente y lo que sería más doloroso, también se reproduciría ampliamente la ya problemática desprotección y penalidades del afectado.*

Por todo esto, y acorde con los datos inicialmente obtenidos mediante el sondeo realizado, concluimos la necesidad de vincular, en un futuro próximo, la investigación sobre la identidad del SIDA en la comunidad UAM, más que a las opiniones de sus miembros sobre el SIDA y en relación a sus hábitos sexuales.

Es necesario seguir sensibilizando a nuestra población respecto de los riesgos de una sexualidad no informada, pero cualquier campaña que se emprenda en este terreno nos va a llevar a la necesidad de constatar objetivamente la sexualidad *in acto;* esto es, los hábitos sexuales que, en todo caso, sería lo que tendría que modificarse para enfrentar al SIDA.

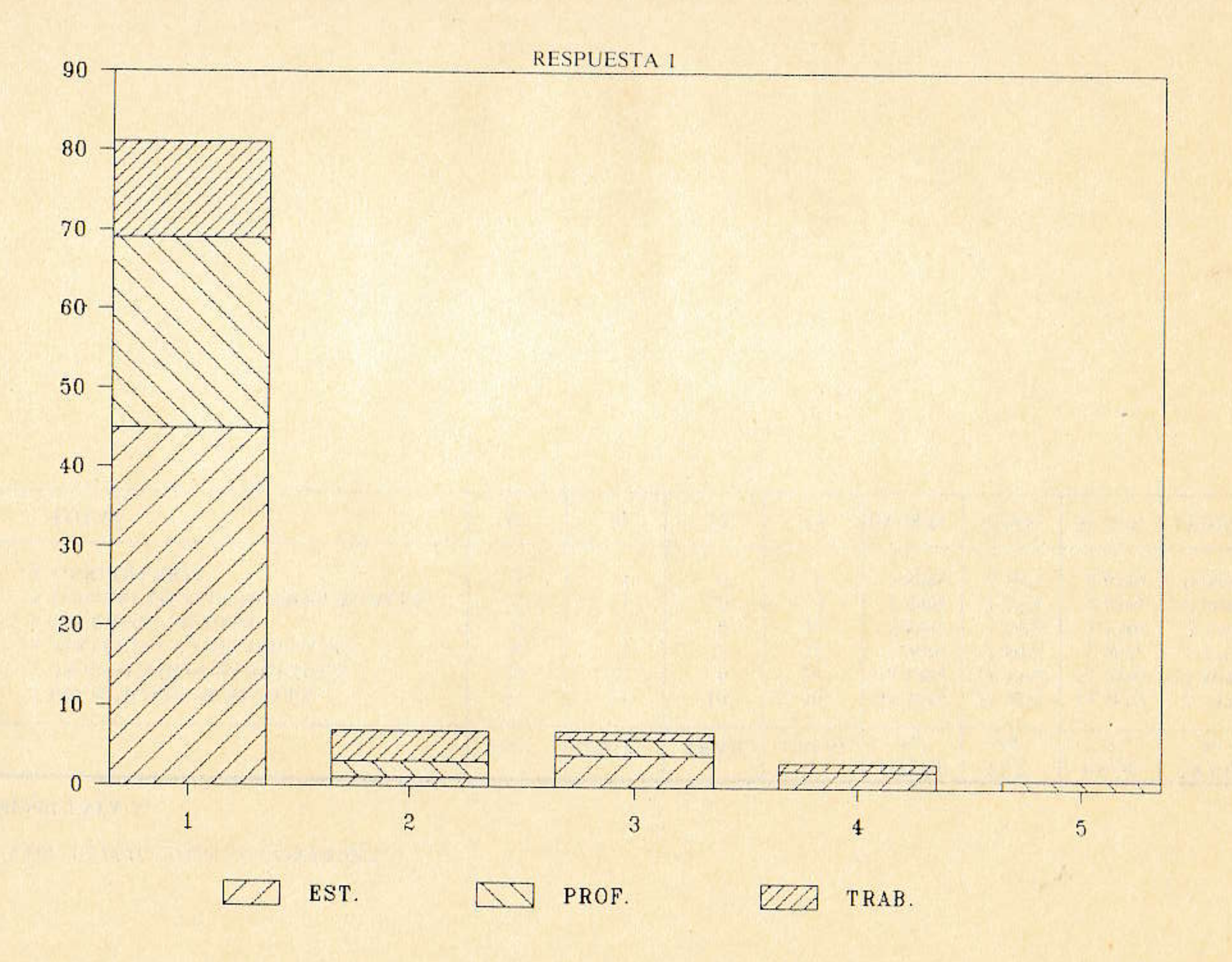
Una investigación así seguramente es importante, aún cuando de antemano sabemos que no se pueden practicar inferencias sin más. Después de todo, la comunidad UAM-A es uno más de los universos que nos permiten establecer características en la búsqueda de explicaciones de problemas que atañen a la conciencia social de la nación.

enero de 1988

¿A TRAVES DE QUE MEDIOS SE HA ENTERADO USTED DEL SIDA?.

RESPUESTA 1

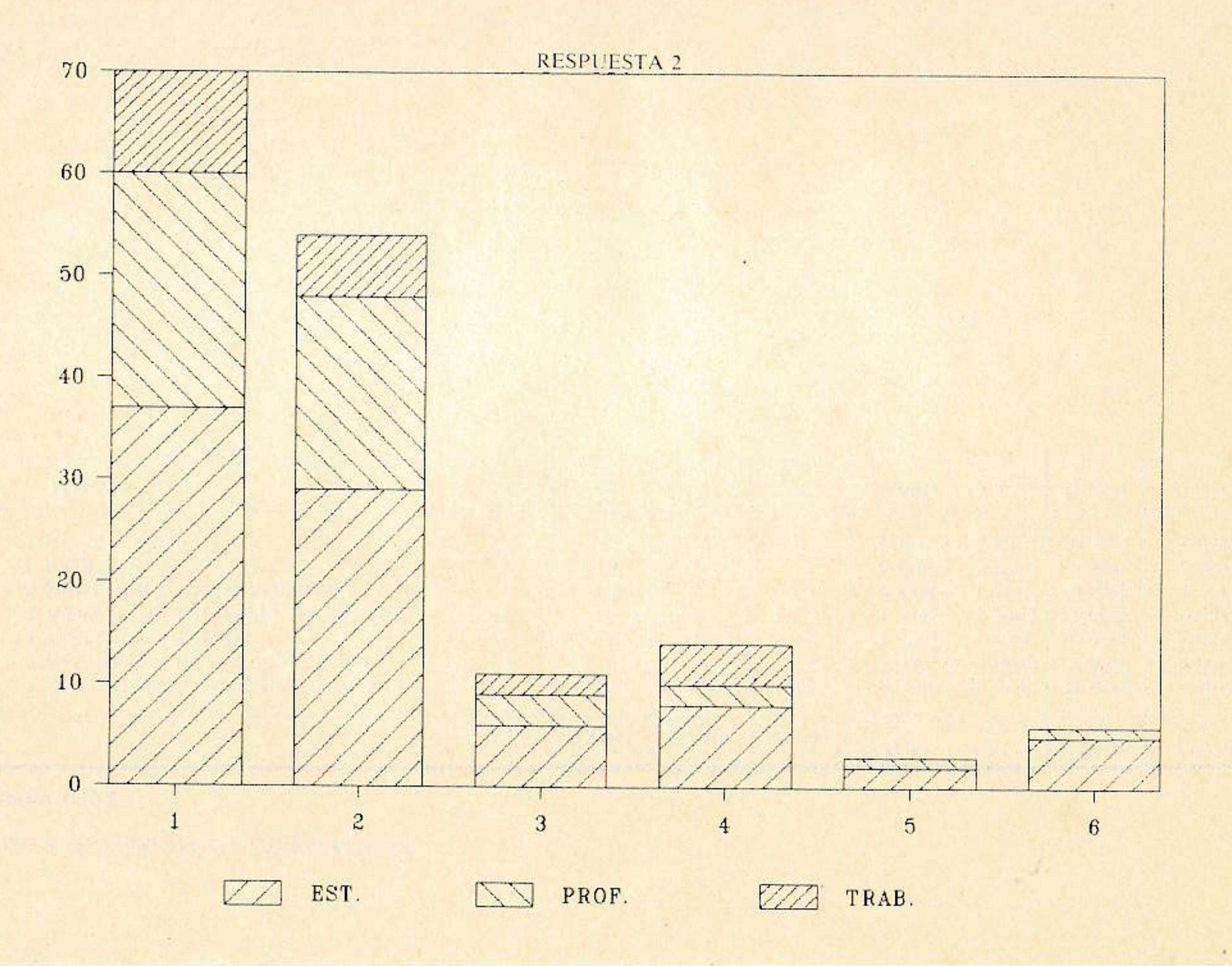
	EST.	PROF.	TRAB.	TOTAL	TOTAL %	EST. %	PROF. %	TRAB. %
1 MEDIOS DE COMUNICACION	45	24	12	81	81.82%	45.45%	24.24%	12.12%
2 CIRCULOS MEDICOS	1	2	4	7	7.07%	1.01%	2.02%	4.04%
3 PLATICAS INFORMALES	4	2	1	7	7.07%	4.04%	2.02%	1.01%
4 CONFERENCIAS	2	0	1	3	3.03%	2.02%	0.00%	1.00%
5 CONASIDA	0	1	0	1	1.01%	0.00%	1.01%	0.00%
TOTAL	52	29	18	99	100.00%	52.53%	29.29%	18.18%


RESPUESTA 1
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
5
EST.
PROF.
TRAB.

¿SABE USTED COMO SE CONTRAE?

RESPUESTA 2.

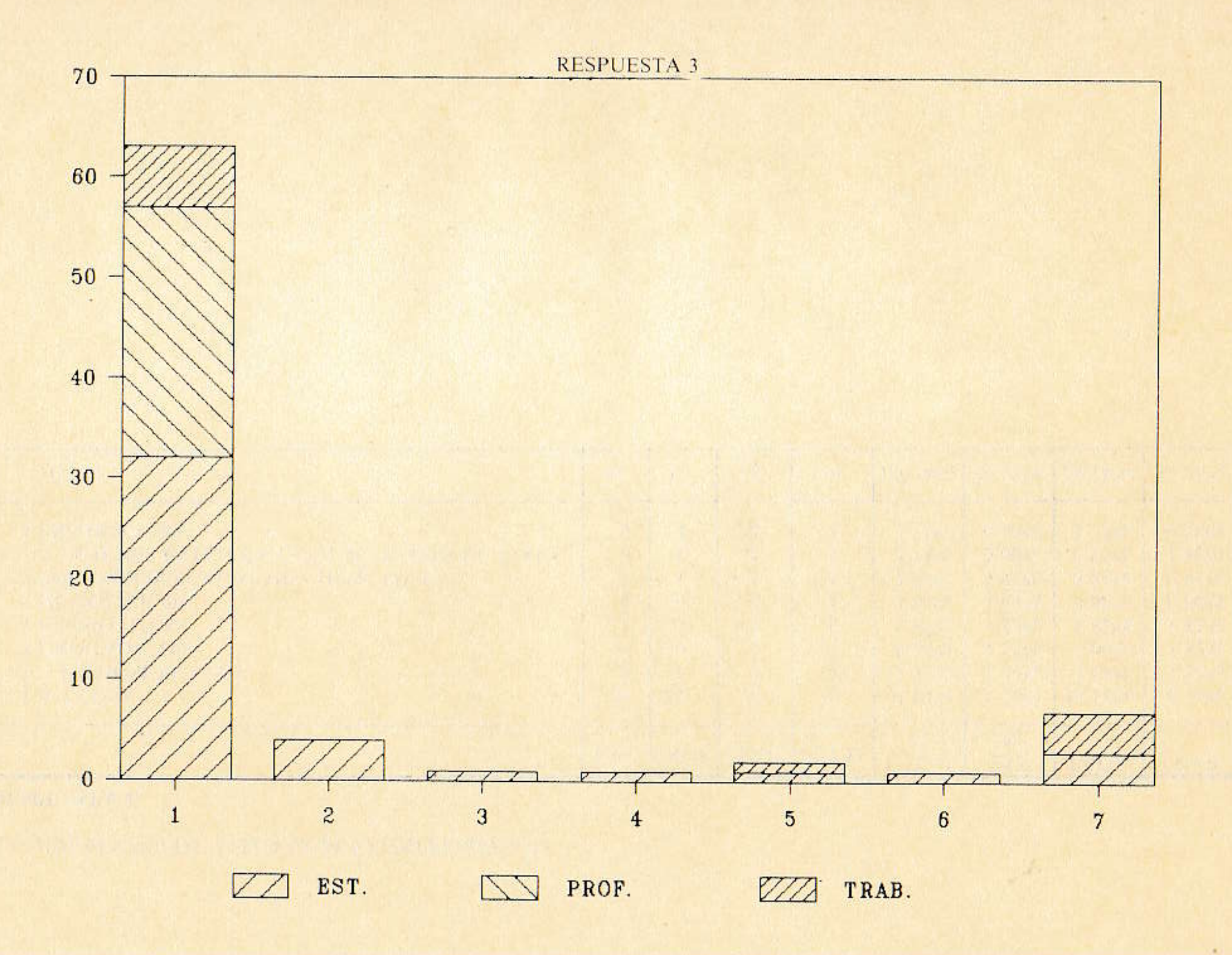
	EST.	PROF.	TRAB.	TOTAL	TOTAL %	EST. %	PROF. %	TRAB. %
1 RELACIONES SEXUALES.	37	23	10	70	44.30%	23.42%	14.56%	6.33%
2 TRANSFUSION SANGUINEA.	29	19	6	54	34.18%	18.35%	12.03%	3.80%
3 MATERIAL CONTAMINADO.	6	3	2	11	6.96%	3.80%	1.90%	1.27%
4 DIVERSOS MEDIOS.	8	2	4	14	8.86%	5.06%	1.27%	2.53%
5 CONTACTO CON HOMOSEXUALES.	2	1	0	3	1.90%	1.27%	0.63%	0.00%
6 HEREDITARIA.	5	1	0	6	3.80%	3.16%	0.63%	0.00%
TOTAL	87	49	22	158	100.00%	55.06%	31.01%	13.92%


RESPUESTA 2
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
5
6
EST.
PROF.
TRAB.

¿EN QUE CONSISTE LA ENFERMEDAD?.

RESPUESTA 3.

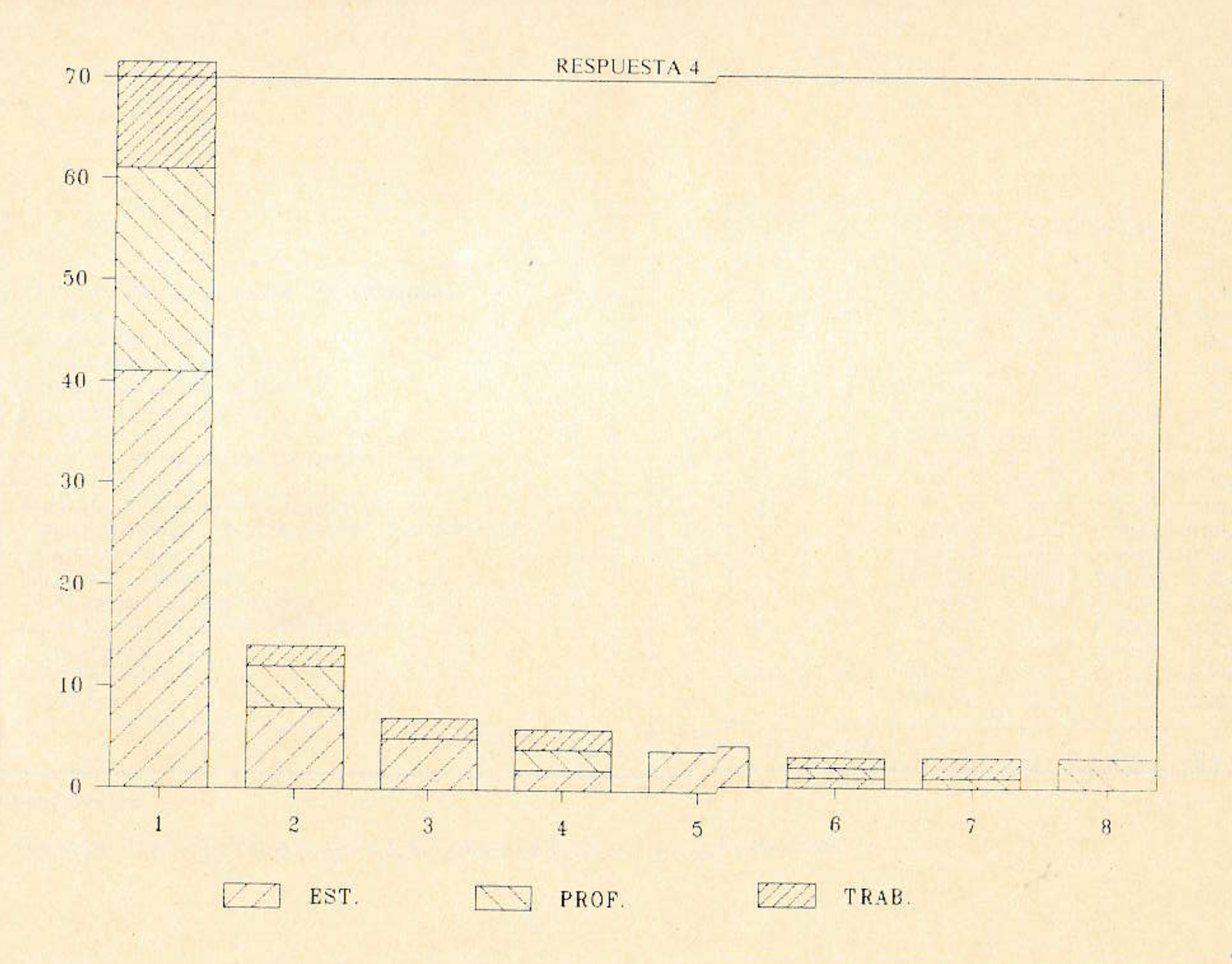
	EST.	PROF.	TRAB.	TOTAL	TOTAL %	EST. %	PROF. %	TRAB. %
1 DEFICIENCIA INMUNOLOGICA.	32	25	6	63	79.75%	40.51%	31.65%	7.59%
2 INFECCION DE LOS ORGANOS.	4	0	0	4	5.06%	5.06%	0.00%	0.00%
3 VIRUS DE SANGRE.	1	0	0	1	1.27%	1.27%	0.00%	0.00%
4 ATACA CELULAS DEL CEREBRO.	1	0	0	1	1.27%	1.27%	0.00%	0.00%
5 DEGENERA LA PSICOLOGIA.	1	0	1	2	2.53%	1.27%	0.00%	1.27%
6 MORTAL.	1	0	0	1	1.27%	1.27%	0.00%	0.00%
7 NO SE SABE.	3	0	4	7	8.86%	3.80%	0.00%	5.06%
TOTAL	43	25	11	79	100.00%	54.43%	31.65%	13.92%


RESPUESTA 3
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
5
6
7
EST.
PROF.
TRAB.

¿A QUIENES PUEDE AFECTAR ESTA ENFERMEDAD?

RESPUESTA 4.

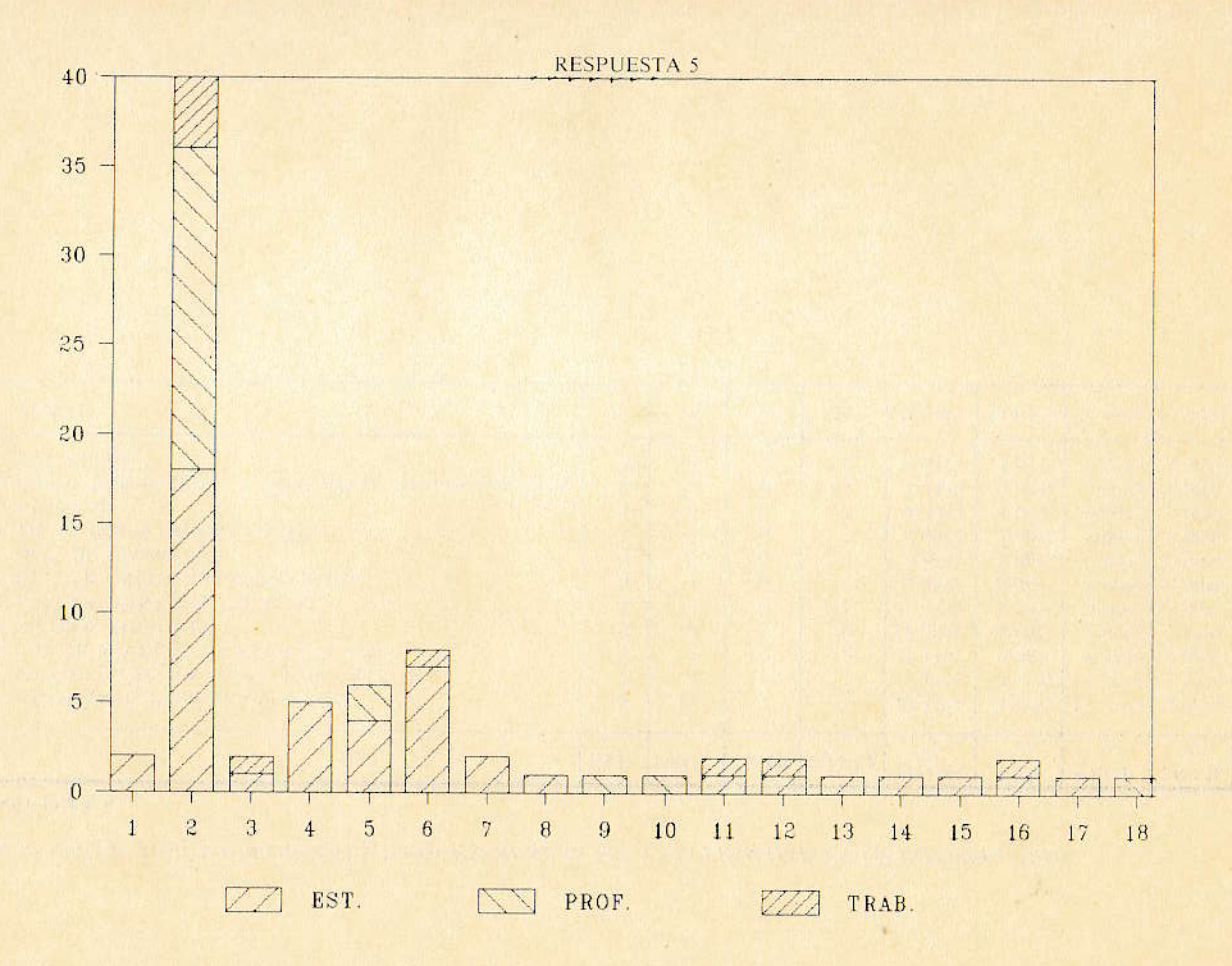
	EST.	PROF.	TRAB.	TOTAL	TOTAL %	EST. %	PROF. %	TRAB. %
1 A TODOS.	41	20	9	70	63.64%	37.27%	18.18%	8.18%
2 A HOMOSEXUALES.	8	4	2	14	12.73%	7.27%	3.64%	1.82%
3 DROGADICTOS.	5	0	2	7	6.36%	4.55%	0.00%	1.82%
4 PROSTITUTAS.	2	2	2	6	5.45%	1.82%	1.82%	1.82%
5 HEMOFILICOS.	4	0	0	4	3.64%	3.64%	0.00%	0.00%
6 POBLACION SEXUALMENTE ACTIVA.	1	1	1	3	2.73%	0.91%	0.91%	0.91%
7 A QUIENES ESTEN EN CONTACTO CON EL VIRUS	0	1	2	3	2.73%	0.00%	0.91%	1.82%
8 PROMISCUOS.	0	3	0	3	2.73%	0.00%	2.73%	0.00%
TOTAL	61	31	18	110	100.00%	55.45%	28.18%	16.36%


RESPUESTA 4
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
5
6
7
8
EST.
PROF.
TRAB.

¿QUE OPINA DE LAS PERSONAS QUE HAN CONTRAIDO ESTA ENFERMEDAD?

RESPUESTA 5.

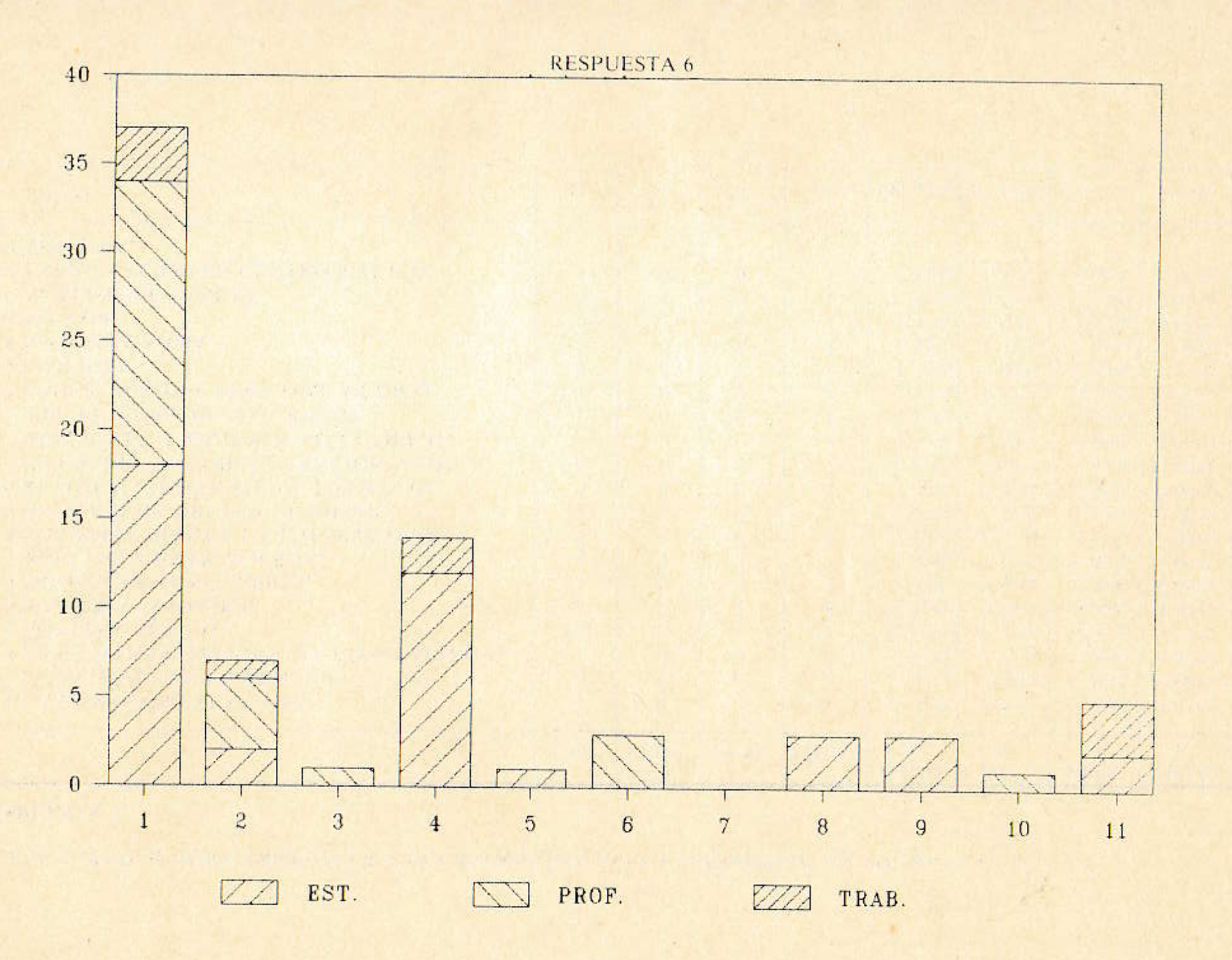
	EST.	PROF.	TRAB.	TOTAL	TOTAL %	EST. %	PROF. %	TRAB. %
1 APOYO	2	0	0	2	2.53%	2.53%	0.00%	0.00%
2 COMPRENSION	18	18	4	40	50.63%	22.78%	22.78%	5.06%
3 NO MARGINAR	1	0	1	2	2.53%	1.27%	0.00%	1.27%
4 FALTA DE RESPONSABILIDAD	5	0	0	5	6.33%	6.33%	0.00%	0.00%
5 FALTA DE INFORMACION	4	2	0	6	7.59%	5.06%	2.53%	0.00%
6 EVITAR CONTAGIO	7	0	1	8	10.13%	8.86%	0.00%	1.27%
7 PRECAUCION	2	0	0	2	2.53%	2.53%	0.00%	0.00%
8 DESCUIDADOS, DEPRAVADOS, IGNORANTES.	1	0	0	1	1.27%	1.27%	0.00%	0.00%
9 TIENEN COSTUMBRES PROMISCUAS	0	1	0	1	1.27%	0.00%	1.27%	0.00%
10 POCA HIGIENE	0	1	0	1	1.27%	0.00%	1.27%	0.00%
11 NO SON RESPONSABLES DE CONTRAERLA	1	0	1	2	2.53%	1.27%	0.00%	1.27%
12 AISLARLOS	1	0	1	2	2.53%	1.27%	0.00%	1.27%
13 INVESTIGAR CAUSAS	1	0	0	1	1.27%	1.27%	0.00%	0.00%
14 DEPENDE DE LA PERSONA	1	0	0	1	1.27%	1.27%	0.00%	0.00%
15 TRATARLOS POR IGUAL	1	0	0	1	1.27%	1.27%	0.00%	0.00%
16 ESTAN EN PELIGRO	1	0	1	2	2.53%	1.27%	0.00%	1.27%
17 NADA	1	0	0	1	1.27%	1.27%	0.00%	0.00%
18 ES UNA LECCION PARA LOS HOMBRES	0	1	0	1	1.27%	0.00%	1.27%	0.00%
TOTAL	47	23	9	79	100.00%	59.49%	29.11%	11.39%


RESPUESTA 5
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
EST.
PROF.
TRAB.

¿TIENE USTED ALGUNA PROPUESTA PARA ENFRENTAR ESTA ENFERMEDAD EN LO INFORMATIVO?.

RESPUESTA 6.

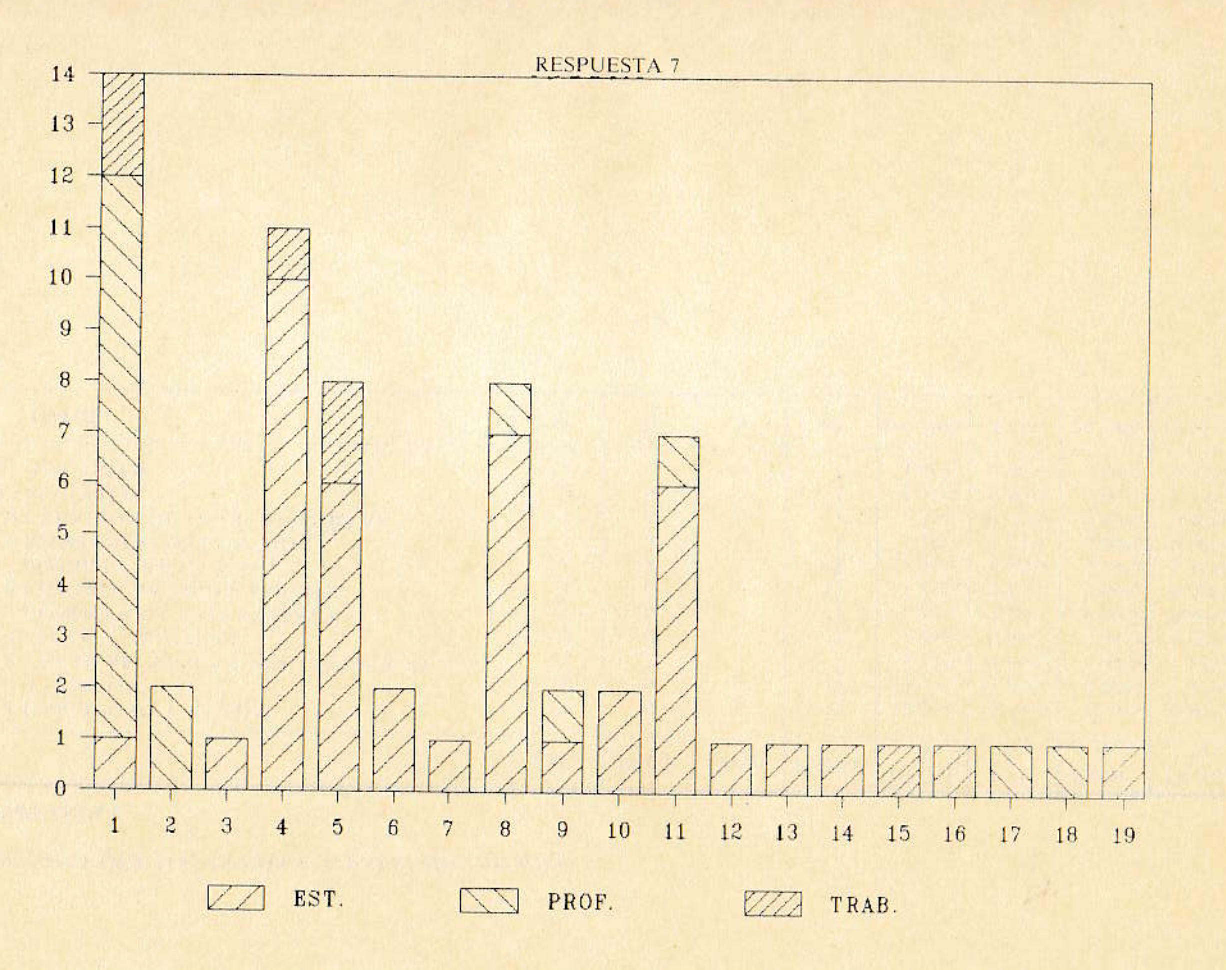
	EST.	PROF.	TRAB.	TOTAL	TOTAL %	EST. %	PROF. %	TRAB. %
1 CAMPAÑAS DE INFORMACION	18	16	3	37	49.33%	24.00%	21.33%	4.00%
2 INFORMACION A NIVEL EDUCATIVO	2	4	1	7	9.33%	2.67%	5.33%	1.33%
3 CREAR NIVELES DE PREVENCION	0	1	0	1	1.33%	0.00%	1.33%	0.00%
4 MEDIOS MASIVOS	12	0	2	14	18.67%	16.00%	0.00%	2.67%
5 EVITAR CONTAGIO SEXUAL	1	0	0	1	1.33%	1.33%	0.00%	0.00%
6 EVITAR CRITICAS MORALISTAS	0	3	0	3	4.00%	0.00%	4.00%	0.00%
7 QUE SE ATIENDAN	0	0	0	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
8 TIENE POCA INFORMACION	3	0	0	3	4.00%	4.00%	0.00%	0.00%
9 NINGUNA	3	0	0	3	4.00%	4.00%	0.00%	0.00%
10 IMPACTAR SOBRE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA	0	1	0	1	1.33%	0.00%	1.33%	0.00%
11 NEGATIVO	2	0	3	5	6.67%	2.67%	0.00%	4.00%
TOTAL	41	25	9	75	100.00%	54.67%	33.33%	12.00%


RESPUESTA 6
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
EST.
PROF.
TRAB.

¿TIENE USTED ALGUNA PROPUESTA PARA ENFRENTAR ESTA ENFERMEDAD EN LO PREVENTIVO?

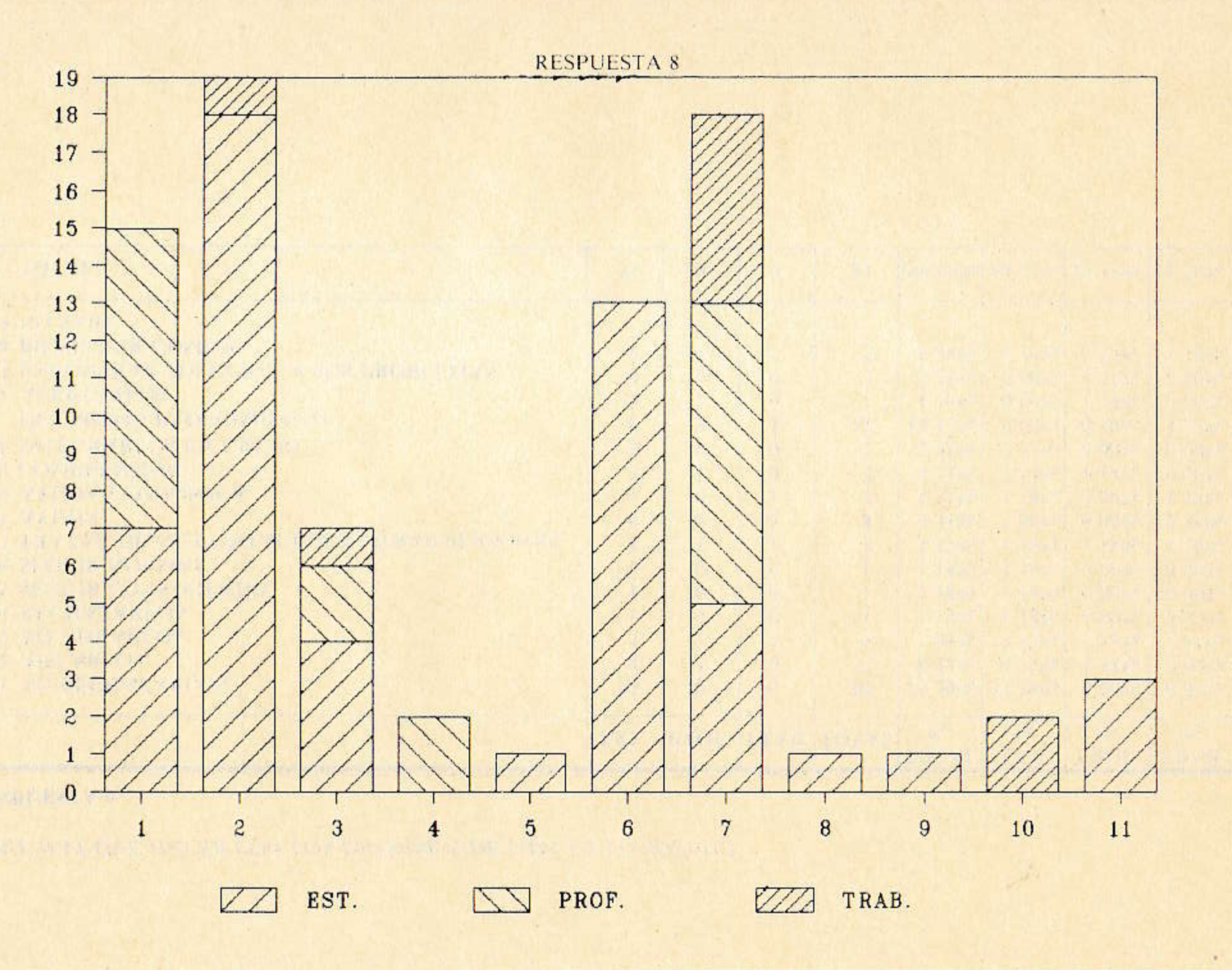
RESPUESTA 7.

	EST.	PROF.	TRAB.	TOTAL	TOTAL %	EST. %	PROF. %	TRAB. %
1 CAMPAÑASPREVENTIVAS.	1	11	2	14	21.21%	1.52%	16.67%	3.03%
2 INVESTIGACION EN GENERAL.	0	2	0	2	3.03%	0.00%	3.03%	0.00%
3 DESECHAR INSTRUMENTAL CONTAMINADO.	1	0	0	1	1.52%	1.52%	0.00%	0.00%
4 CONTROL SEXUAL.	10	0	1	11	16.67%	15.15%	0.00%	1.52%
5 MAYORES CUIDADOS.	6	0	2	8	12.12%	9.09%	0.00%	3.03%
6 MODIFICAR COSTUMBRES.	2	0	0	2	3.03%	3.03%	0.00%	0.00%
7 ANALISIS A EXTRANJEROS.	1	0	0	1	1.52%	1.52%	0.00%	0.00%
8 INFORMAR MAS DE LA ENFERMEDAD.	7	1	0	8	12.12%	10.61%	1.52%	0.00%
9 IDENTIFICAR GRUPOS DE RIESGO.	1	1	0	2	3.03%	1.52%	1.52%	0.00%
10 REVISION CONSTANTE DE PERSONAS.	2	0	0	2	3.03%	3.03%	0.00%	0.00%
11 INFORMACION SOBRE ATENCION MEDICA.	6	1	0	7	10.61%	9.09%	1.52%	0.00%
12 SANCIONES A QUIENES NO CUMPLAN	1	0	0	1	1.52%	1.52%	0.00%	0.00%
LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.	1	0	0	1	1.52%	1.52%	0.00%	0.00%
13 EDUCACION DEL PERSONAL MEDICO.	1	0	0	1	1.52%	1.52%	0.00%	0.00%
14 LIMPIEZA.	0	0	1	1	1.52%	0.00%	0.00%	1.52%
15 NO HARIA NADA.	1	0	0	1	1.52%	1.52%	0.00%	0.00%
16 NO SABE.	0	1	0	1	1.52%	0.00%	1.52%	0.00%
17 ANALISIS DE SANGRE.	0	1	0	1	1.52%	0.00%	1.52%	0.00%
18 CAPACITACION EN CENTRO MEDICO.	1	0	0	1	1.52%	1.52%	0.00%	0.00%
19 NINGUNA.								
TOTAL	42	18	6	66	100.00%	63.64%	27.27%	9.09%


RESPUESTA 7
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
EST.
PROF.
TRAB.

RESPUESTA 8.

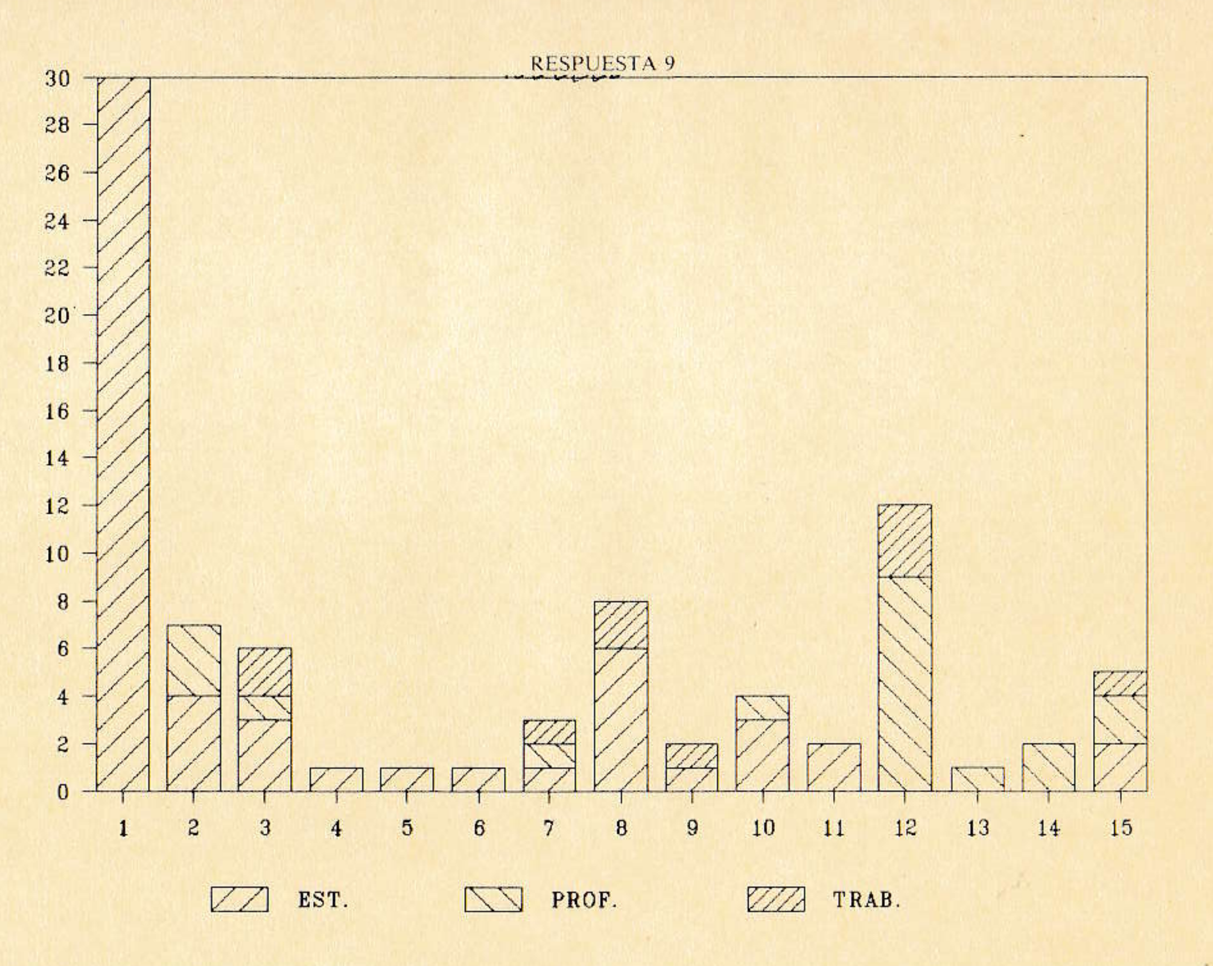
	EST.	PROF.	TRAB.	TOTAL	TOTAL %	EST. %	PROF. %	TRAB. %
1 DAR APOYO Y AYUDA.	7	8	0	15	18.29%	8.54%	9.76%	0.00%
2 ATENCION.	18	0	1	19	23.17%	21.95%	0.00%	1.22%
3 CREAR RECURSOS PARA INVESTIGACION.	4	2	1	7	8.54%	4.88%	2.44%	1.22%
4 INFRAESTRUCTURA.	0	2	0	2	2.44%	0.00%	2.44%	0.00%
5 CONOCER LA ENFERMEDAD.	1	0	0	1	1.22%	1.22%	0.00%	0.00%
6 CONTROLAR MEDICAMENTE.	13	0	0	13	15.85%	15.85%	0.00%	0.00%
7 POSIBLES SOLUCIONES.	5	8	5	18	21.95%	6.10%	9.76%	6.10%
8 MANTENERLOS CON VIDA.	1	0	0	1	1.22%	1.22%	0.00%	0.00%
9 CREACION DE GRUPOS COMO AA.	1	0	0	1	1.22%	1.22%	0.00%	0.00%
10 ELUDIRLO.	0	0	2	2	2.44%	0.00%	0.00%	2.44%
11 AISLARLOS.	3	0	0	3	3.66%	3.66%	0.00%	0.00%
TOTAL.	53	20	9	82	100.00%	64.63%	24.39%	10.98%

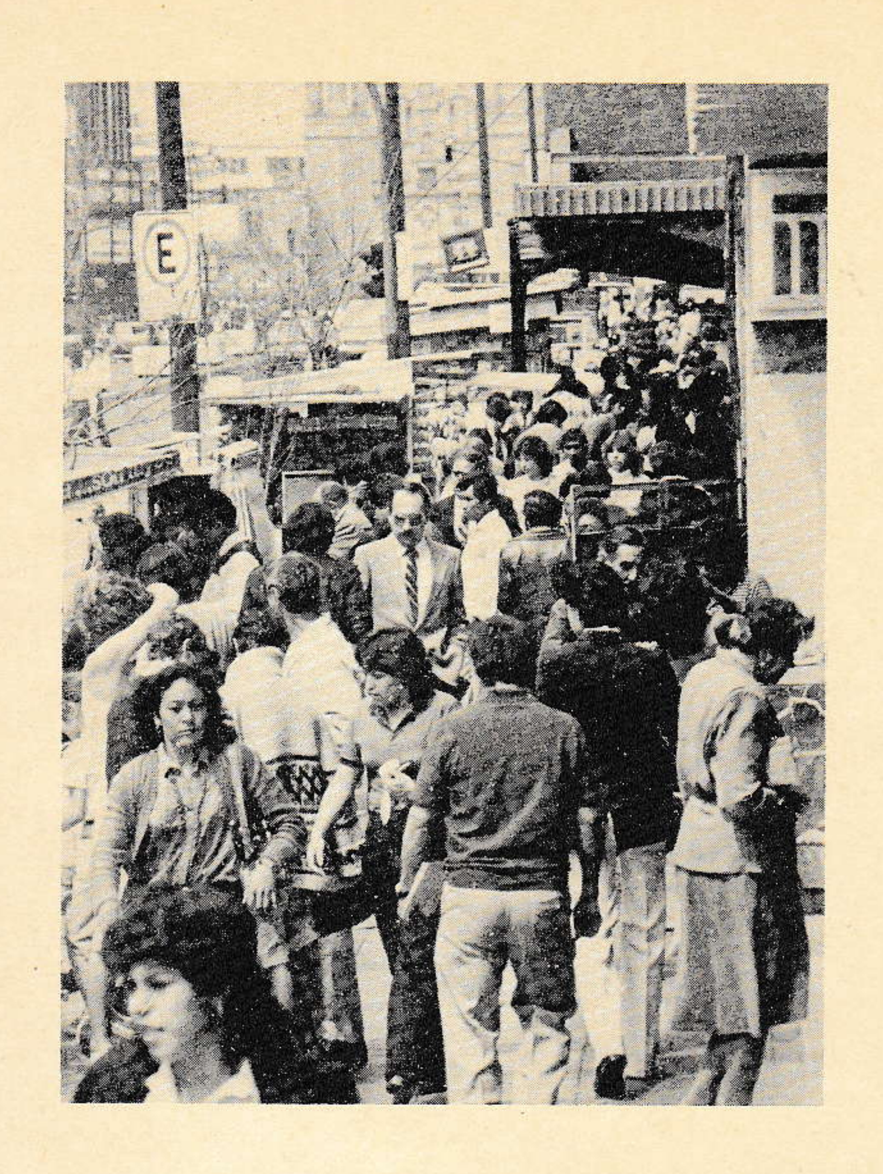

RESPUESTA 8
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
EST.
PROF.
TRAB.

¿QUE HAY QUE HACER CON LOS ENFERMOS DE SIDA EN LO SOCIAL?

RESPUESTA 9.

	EST.	PROF.	TRAB.	TOTAL	TOTAL %	EST. %	PROF. %	TRAB. %
1 NO RECHAZARLOS.	30	0	0	30	35.29%	35.29%	0.00%	0.00%
2 AISLARLOS.	4	3	0	7	8.24%	4.71%	3.53%	0.00%
3 NO AISLARLOS.	3	1	2	6	7.06%	3.53%	1.18%	2.35%
4 RECHAZARLOS.	1	0	0	1	1.18%	1.18%	0.00%	0.00%
5 SEGUIR CONVIVIENDO.	1	0	0	1	1.18%	1.18%	0.00%	0.00%
6 SEGUIR NORMAL.	1	0	0	1	1.18%	1.18%	0.00%	0.00%
7 TRATAR DE NO CONTAGIAR A OTRAS PERSONAS.	1	1	1	3	3.53%	1.18%	1.18%	1.18%
8 AYUDA.	6	0	2	8	9.41%	7.06%	0.00%	2.35%
9 AYUDA ECONOMICA.	1	0	1	2	2.35%	1.18%	0.00%	1.18%
10 COMPRENSION.	3	1	0	4	4.71%	3.53%	1.18%	0.00%
11 INTEGRARLOS EN GRUPO	2	0	0	2	2.35%	2.35%	0.00%	0.00%
DEL MISMO PADECIMIENTO.	0	9	3	12	14.12%	0.00%	10.59%	3.53%
12 ACEPTARLOS.	0	1	0	1	1.18%	0.00%	1.18%	0.00%
13 ENCONTRAR SOLUCION A SUS PROBLEMAS.	0	2	0	2	2.35%	0.00%	2.35%	0.00%
14 BIENESTAR COMUN.	2	2	1	5	5.88%	2.35%	2.35%	1.18%
15 NO SABE.								
TOTAL.	55	20	10	85	100.00%	64.71%	23.53%	11.76%


RESPUESTA 9
30
28
26
24
22
20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
EST.
PROF.
TRAB.


E

Anónima. Archivo de El Universal.

ACTITUDES FRENTE AL SIDA
Encuesta entre estudiantes de la UAM-Iztapalapa

miguel angel aguilar
sandra argot
rocío arias
rosario gutiérrez
bernardo hernández y
zoila romero

La propagación del SIDA en nuestro país ha tenido consecuencias no sólo en el campo de la salud sino también a nivel social. Sin duda alguna, el SIDA se ha constituido en un tema de actualidad. Es muy difícil que transcurra un día sin que hablemos con alguien a propósito del SIDA, o que recibamos alguna información sobre este tema a través de los medios de comunicación. Un tema de tal actualidad puede generar cambios en los valores, conductas, representaciones y actitudes de una sociedad. Por esto, es importante conocer las actitudes que nuestra sociedad adopta frente a este problema.

Por otro lado, no puede perderse de vista el hecho de que el SIDA, amén de manifestarse como una enfermedad, es una construcción social en tanto que pone en juego un conjunto de imágenes sobre el cuerpo, la sexualidad, el deseo, grupos minoritarios, previos a su aparición. En este sentido, el SIDA aparece como la enfermedad de los excesos, de la transgresión a las normas que regulan la vida sexual en la sociedad. Es la mala conciencia que aparece después de una noche de parranda, o más bien, a la mañana siguiente de dos décadas en que se intentaron ampliar los límites de libertad individual y acrecentar las posibilidades de un cierto ludismo social. Tal vez se podría caracterizar al SIDA como uno de esos eventos que marcan el final de las aspiraciones de transformación cultural surgidas desde finales de los 60's. De ahora en adelante se regresa al sexo seguro y a la duda sistemática frente a las posibilidades del placer.

El estudio de las actitudes hacia diferentes objetos o fenómenos

sociales, es un tema ya clásico dentro de la psicología social. A pesar de ciertas discrepancias en cuanto a cómo definir una actitud se ha llegado a una suerte de consenso y se le condiera como una predisposición al comportamiento conformada por elementos afectivos, cognoscitivos y conativos (tendencias a la acción). A su vez, las actitudes individuales y grupales se conforman a partir tanto de procesos de socialización como de diferenciación frente a otros grupos. Así, hablar de actitudes frente al SIDA refiere a la evaluación, información y posible comportamiento favorable o desfavorable —hacia algún aspecto relacionado con la enfermedad (moral sexual, grupos afectados, información, etc.)—.

En este artículo se comentarán los resultados de una encuesta que tuvo por objeto estudiar las actitudes de los estudiantes de la unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana hacia el SIDA y hacia los mensajes emitidos por los medios de comunicación sobre esta enfermedad.

ASPECTOS METODOLOGICOS

Esta encuesta se realizó entre los estudiantes de la mencionada institución en el mes de julio de 1987. Para elegir la muestra se siguió un procedimiento de cuotas estratificado y no proporcional. El tamaño de la muestra fue 90 sujetos, lo que nos daba un grado de error de .05 y una confiabilidad de 95%. De esta manera, se escogieron 15 hombres y 15 mujeres de cada una de las tres Divisiones existentes en la unidad Ciencias Básicas e Ingeniería (CBI), Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS), y Ciencias Sociales y Humanidades (CSH).

Para medir las actitudes se utilizó un instrumento que constaba de dos partes. La primera, contenía preguntas sobre datos generales del sujeto (su edad, sexo y la División en la cual estudiaban) y una pregunta sobre la cantidad de información que a su criterio habían recibido sobre el SIDA, evaluándola en mucha, regular, poca o ninguna información. La segunda parte del instrumento la constituía una escala de actitud tipo Lickert, en la cual el encuestado tenía que indicar si estaba completamente de acuerdo, indeciso, en desacuerdo o completamente en desacuerdo con una serie de afirmaciones que se le presentaban sobre distintos aspectos del tema de estudio. Se utilizó una escala de Lickert porque ésta se centra en el sujeto, es decir, es útil para investigar la postura de un sujeto frente

a un objeto de actitud. El piloteo de este instrumento se llevó a cabo en la unidad Azcapotzalco de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM—A).

La escala de actitud utilizada estaba integrada por 28 afirmaciones relativas a dos variables: las comunicaciones sobre el SIDA y el SIDA en sí mismo. Para lograr un acercamiento mas preciso al problema, se elaboraron afirmaciones sobre indicadores específicos de cada una de esas variables. En el caso de la variable ''actitud hacia las comunicaciones sobre el SIDA'', los indicadores fueron la actitud hacia la fuente de la comunicación y la actitud hacia el mensaje.

Para la variable ''actitud hacia el SIDA'', se elaboraron afirmaciones sobre cuatro indicadores: el trato a homosexuales y bisexuales (por ejemplo, ''no hay que rechazar a los homosexuales por ser posibles transmisores de SIDA''), las implicaciones de tipo moral que puede tener el SIDA como ''para terminar con el SIDA hay que combatir la inmoralidad social'', el trato a extranjeros, con afirmaciones como ''las relaciones sexuales con gringos (as) son peligrosas'' y problemas en el campo de la salud, por ejemplo, ''si la humanidad ha sobrevivido a otras enfermedades es seguro que sobreviva el SIDA''.

Con objeto de verificar la confiabilidad de la escala, es decir, en qué grado nuestras afirmaciones miden una misma actitud y no actitudes hacia cosas distintas, se siguió el método de partición por mitades y se obtuvo el índice de correlación de Pearson. El índice de correlación alcanzado después de la correción de Spearman-Brown fue p. igual a. 76, esto significa que nuestro instrumento tiene un grado de confiabilidad aceptable, considerando que el coeficiente de confiabilidad toma valores de 0 (nula confiablidad) a 1 (máxima confiabilidad); de esta forma podemos pensar que nuestras afirmaciones miden la misma cosa y no cosas distintas.

ALGUNOS RESULTADOS

Se realizaron análisis estadísticos sobre las distintas variables del trabajo, comparando los resultados de la escala según el sexo y la División en la cual estaban los encuestados. A continuación expondremos y comentaremos los resultados obtenidos.

Se encontraron diferencias significativas (p menor que .01) entre los puntajes promedio obtenido en la actitud hacia el SIDA

(x-2.03)* y hacia las comunicaciones sobre el SIDA (x-3.11). Esto significa que la actitud hacia el SIDA es ligeramente más favorable que la actitud hacia las comunicaciones sobre el SIDA, aunque ambas están cerca de la posición intermedia. Además, no se encontró relación entre los puntajes de la actitud hacia el SIDA y hacia las comunicaciones. Para esto se obtuvo el índice de correlación de Pearson sobre esas dos variables, el cual no resultó significativo.

Esto sugiere la idea de que los encuestados perciban el SIDA y a las comunicaciones sobre esta enfermedad, como dos cosas distintas. Los resultados muestran que ni las actitudes son iguales ni se relacionan entre sí.

Además, los resultados muestran que es posible tener una actitud hacia un objeto y otra actitud distinta hacia las comunicaciones que se emiten sobre ese objeto en los medios de información. Esto cuestiona la idea de que nuestra actitud hacia un objeto está determinada por los medios de comunicación. Sin duda alguna, los medios de comunicación afectan la actitud hacia un objeto, pero no la determinan totalmente. En el caso del SIDA, este trabajo muestra que las actitudes hacia él y hacia las comunicaciones que sobre él se emiten son distintas y no se relacionan.

Un resultado interesante que arrojó esta encuesta fue que en la población estudiantil el sexo no parece ser un factor determinante en la formación de actitudes sobre este tema. De hecho, no hubo diferencias en los valores de la actitud entre hombres y mujeres, ni en las afirmaciones sobre el SIDA ni en las que se refieren a las comunicaciones.

Para buscar diferencias en los miembros de cada División, se efectuaron análisis de varianza de una sola vía entre los puntajes de actitud de los estudiantes y la División en la cual estudian. Estos análisis nos permitieron detectar diferencias en la actitud entre los miembros de las distintas Divisiones. Unicamente se encontraron diferencias significativas (p menor que .01) en la actitud hacia las comunicaciones sobre el SIDA. En esté caso, los que tuvieron la actitud más adversa fueron los sujetos de CBI seguidos de los de CSH y los de CBS.

Para tratar de conocer más a fondo las diferencias de actitud hacia las comunicaciones sobre los estudiantes de distintas divisiones, se realizó un análisis de varianza similar con las afirmaciones sobre la fuente de la comunicación (por ejemplo, "es mejor informarse sobre el SIDA en publicaciones científicas que en periódicos") y

*Estos puntajes indican qué tan favorable o desfavorable es la actitud del encuestado en una escala del 1 al 5. El valor 1 sinifica que su actitud es totalmente favorable hacia ese objeto. El valor 5 quiere decir que su actitud es completamente desfavorable.

sobre el mensaje emitido (como "debería informarse más sobre nuestra crisis económica que sobre el SIDA"). Unicamente se encontraron diferencias significativas en las afirmaciones sobre la fuente de la comunicación, en las cuales se mantuvo el orden obtenido por las comunicaciones en general: la actitud más adversa la tuvieron los estudiantes de CBI, después los CSH y finalmente los de CBS. Este resultado implica que la diferencia en la actitud, según la División del encuestado, se debe más a hacia la actitud de la fuente de la comunicación que hacia el mensaje. La actitud hacia el mensaje es prácticamente igual en los estudiantes de las tres Divisiones.

Aunque esos análisis bastaron para detectar diferencias de actitud, no nos dan una explicación de esas diferencias. Para buscar esa explicación se relacionaron los datos sobre la cantidad de información. En principio, se construyó una tabla de contingencia con la cantidad de información que los encuestados respondieron haber recibido sobre el SIDA y la División en la que estudiaban. Con esta tabla fue posible darse cuenta (por medio de una prueba Ji—cuadrada) que los estudiantes de CBI reportaron recibir más información, y los de CBS fueron quienes manifestaron haber recibido una menor cantidad de información.

A continuación, se efectuó un análisis de varianza de dos vías con dos puntajes de actitud hacia las comunicaciones, la División de los encuestados y la cantidad de información que manifestaron haber recibido. Este análisis nos permitió saber si la diferencia en la actitud se debe al hecho de pertenecer a una División o bien a la cantidad de información que se recibía sobre el tema. El efecto de la cantidad de información no fue significativo, lo que quiere decir que no podemos explicar la diferencia de actitud hacia las comunicaciones por la cantidad de información que tienen los sujetos, aunque en este caso los "más informados" fueron quienes tuvieron la actitud más adversa. Además, el análisis de varianza no mostró una interacción significativa entre la División y la cantidad de información. Como la diferencia de la actitud hacia las comunicaciones sobre el SIDA no la podemos explicar por la cantidad de información que reciben los estudiantes de cada División, esta diferencia puede deberse al procesamiento que los sujetos hacen de esa información, así como a factores efectivos. Una idea esencial en el estudio de las actitudes es que éstas se encuentran determinadas por factores afectivos, cognitivos y conductuales. En este caso la diferencia parece responder mas a factores afectivos que a factores cognitivos.

En lo que respecta a la variable "actitud hacia el SIDA", se reali-

zaron análisis sobre los distintos indicadores de esta variable. La actitud más desfavorable se encontró en las afirmaciones sobre los aspectos morales. También fue desfavorable la actitud hacia los homosexuales y bisexuales en cambio, las actitudes que se relacionan con el trato a extranjeros y con la salud no son desfavorables.

El análisis de esos indicadores nos permiten interpretar los puntajes obtenidos en la actitud hacia el SIDA. Hay razones para afirmar que lo que más preocupa a esta población es el problema de la moral y el trato a los homosexuales, ya que es en esos dos indicadores donde encontramos las actitudes mas adversas. El trato a extranjeros y SIDA, considerado como un problema de salud, no son factores que generen una actitud adversa hacia este problema.

En vista de esto, es posible plantear la hipótesis de que el SIDA puede generar cambios en la moral de la sociedad, sobre todo en lo que se refiere al trato a homosexuales. Aunque el SIDA preocupa a la sociedad como enfermedad, no sólo hay preocupación hacia el SIDA como tal, sino que esa preocupación se transmite hacia otros eventos o personas que se asocian con este problema. Sin embargo, aún esta asociación tiene rasgos especiales. Según en esta encuesta, la actitud hacia el trato a homosexuales es más adversa que la actitud hacia los extranjeros. Un cambio en la moral de la sociedad puede ir, de acuerdo con esto, en relación con los homosexuales y no en relación con los extranjeros.

CONCLUSIONES POSIBLES

Es posible apreciar, en primera instancia, que en la población en que se llevó a cabo el presente estudio, no se encontró una actitud fuertemente definida hacia el SIDA, al ubicarse los puntajes de la escala en un punto intermedio. Sin embargo, resalta la diferencia de actitudes respecto al SIDA y a las comunicaciones sobre éste. Esto implica que la fuente de información no toma, para los receptores, las características del manejo que difunde. Dicho de otra forma, en este caso el medio no es el mensaje.

Por otra parte, un resultado interesante, por inesperado, es la poca relevancia que tiene en la estructuración de la actitud hacia el SIDA la cantidad de información recibida por la persona a través de los medios masivos de comunicación. Esto permite adelantar dos hipótesis no excluyentes entre sí: 1) *Nos encontramos en presencia aún de una sociedad platicadora, en donde la información transmitida por los medios es reinterpretada y puesta de nueva*

cuenta en circulación siguiendo una norma conversacional distinta a la de los medios. 2) *Existe un proceso de percepción selectiva de información a partir del cual la nueva información que se recibe es asimilada a creencias y actitudes previas, de tal forma que datos nuevos fortalecen antiguas creencias.*

Por último, queda señalar la relevancia del estudio de las actitudes e imágenes sociales en torno al SIDA, para entender así la forma en que se construye a nivel colectivo un fenómeno social y de ahi pensar estrategias posibles de prevención de la enfermedad.

octubre de 1987

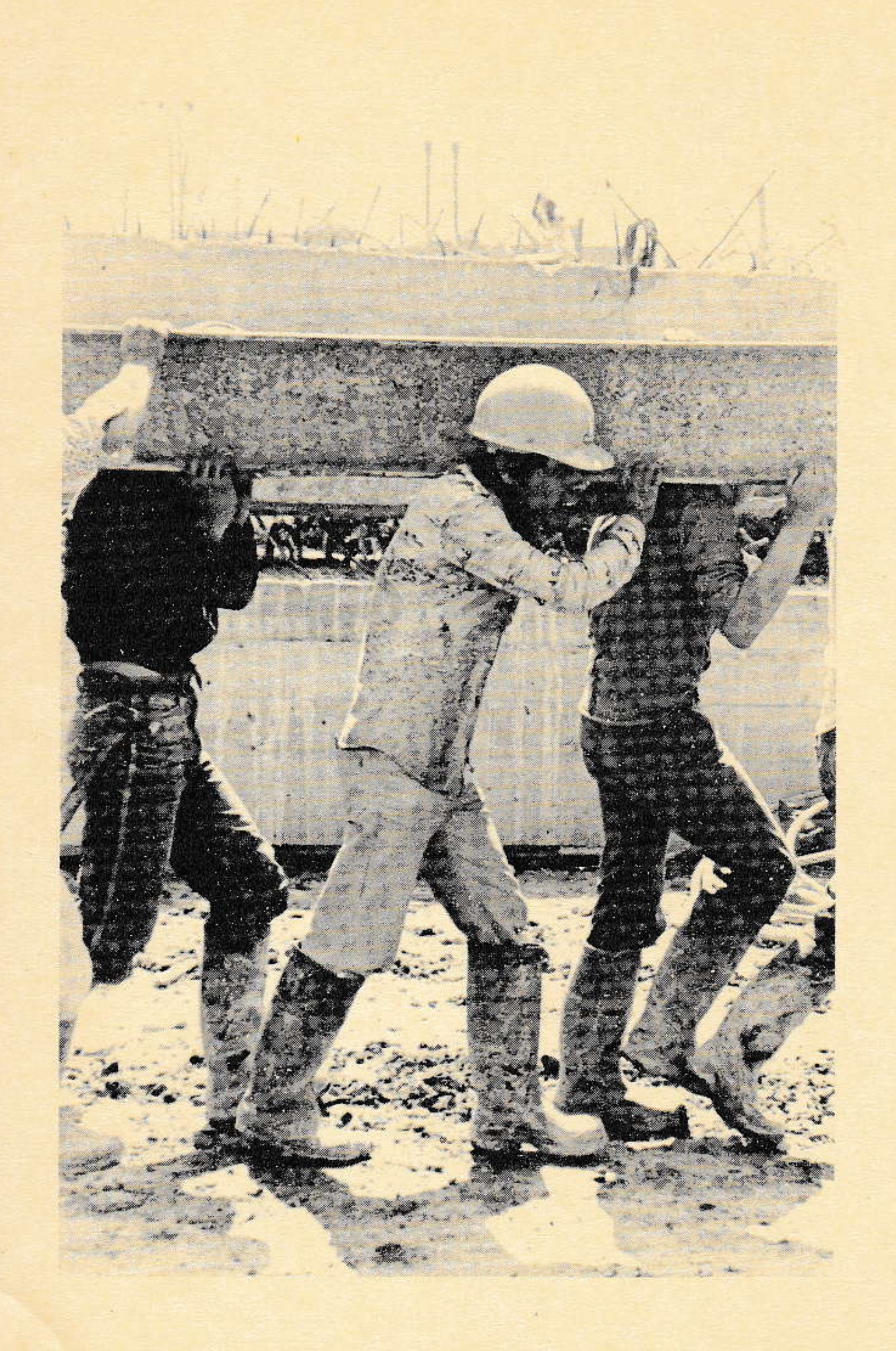


Foto de Estanislao Ortiz

EL SIDA EN MEXICO
ACTITUD PUBLICA
Y MOVILIZACION SOCIAL
CRONICA DEL PRIMER CONGRESO
NACIONAL SOBRE EL SIDA

carlos bravo.

Muy pocas veces el Estado mexicano ha tenido que enfrentar la discusión pública de sus políticas en materia de salud y menos aun la que se refiere a un problema en particular. En este sentido, el SIDA plantea un reto especial a unas autoridades acostumbradas a gobernar impunemente. Aunque tardíamente, el Sector Salud empieza a abordar de manera integral el problema planteado por el SIDA y hace explícito cifras, estrategias y acciones.

Los días 30 de noviembre, 1o. y 2 de diciembre de 1987, se llevó a cabo, en Cocoyoc, Morelos, el *Primer Congreso Nacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*, organizado al más alto nivel por la Secretaría de Salud, a través de las asociaciones de profesionales de las especialidades médicas relacionadas con el SIDA. Constituyó la primera oportunidad para presentar y conocer, de manera completa, el estado actual del SIDA en nuestro país, en cuanto a la evolución de la epidemia misma, las acciones de las autoridades, el avance del conocimiento sobre el síndrome y sus efectos sociales.

Tras salvar el obstáculo de la Srita. Olguín, de la Dirección de Epidemiología, motivado por el recelo de que un "licenciado en ciencia política" pretendiera asistir a una reunión de médicos, finalmente pudimos acudir al Congreso, inaugurado formalmente por el Gobernador Lauro Ortega y atendido con notorio interés por el Secretario de Salud, el Dr. Guillermo Soberón Acevedo y los Subsecretarios; Kumate y Martuscelli.

Sobre la cura y previsión del SIDA se ha avanzado muy poco y lo que se hace de investigación científica en nuestro país al respecto es casi nulo. La investigación es básicamente epidemiológica; es decir, estadística, por lo que se limita a dar constancia del fenómeno y

describir su evolución. En ese sentido, no podemos derivar del Congreso ninguna esperanza.

Además de la utilidad que pudiera tener como foro de intercambio de experiencias entre profesionales de la salud sobre detección, patología y terapia, constituyó una oportunidad para conocer las actitudes de las autoridades sobre el SIDA y sobre quienes lo padecen como enfermedad o como amenaza a su salud y sus derechos. Las actitudes oficiales y formales tanto como las espontáneas. Así, junto al reconocimiento de que no resulta admisible perseguir u hostilizar a nadie con pretexto del SIDA o por su preferencia sexual, pudimos escuchar, desde las largas filas de registro, a Gloria Ornelas, Directora del Centro Nacional de Información sobre el SIDA, bromear y burlarse por la apariencia y las maneras del representante de los homosexuales de Nezahualcóyotl. Pudimos oir al Dr. Campuzano, Director del Instituto Nacional de Nutrición, referirse desde el foro a la homosexualidad como "conducta desviada" y ligarla a otras formas de degradación. Asimismo nos enteramos, por boca del Dr. Ambriz, de la Clínica de Hemofilia del IMSS en el sur del Valle de México, que los hemofílicos que se encuentran infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) sufren de una manera particular por tratarse de "víctimas inocentes", de donde pudimos deducir que para él existe otro tipo de infectados que resultan culpables.

Durante el último día del Congreso, en la sesión de balance y perspectivas, resultó refrescante la presencia de Jaime García Terrés y su llamado a la comunidad científica a desterrar la superstición de sus enfoques sobre el síndrome. De la misma forma, Jaime Sepúlveda Amor, presidente de CONASIDA, pidió eliminar el uso del vocablo "sidoso" por la carga peyorativa que contiene, para referirse en cambio a "pacientes con SIDA"; así como descartó la posibilidad de hablar de víctimas inocentes, por no haber diferencia entre quienes contrajeron el virus por una transfusión o por una relación sexual, cualquiera que sea la índole de ésta.

La información epidemiológica nos recordó algunos datos conocidos sobre la magnitud y las proporciones de la pandemia. Se tiene conocimiento formal, hasta el mes de noviembre, de 77 mil casos de enfermos de SIDA en todo el mundo aunque la Organización Mundial de la Salud estima que la cifra puede duplicar este número. Asimismo, se considera que oscila entre cinco y 10 millones el número de personas afectadas por el VIH a nivel mundial. En nuestro país asciende a 866 el número de casos de enfermos que se tienen debidamente identificados y documentados, lo que daría una proporción de 3.1 casos por cada millón de habitantes, tasa que se compa-

ra con la de 2.9 casos por millón para todo el continenete americano.

Las cifras dadas en el Congreso reproducen o confirman el esquema conocido de distribución de la epidemia, reportándose 20 casos en pacientes hombres por cada mujer enferma; el 70% de los enfermos se encuentra entre los 25 y los 44 años de edad y el vehículo de transmisión en la mayor parte de los casos (86.2%) se presume sean las relaciones homosexuales; 8.2% por transfusiones de sangre o sus derivados; 4.3% en contactos heterosexuales y menos del 1% para la transmisión perinatal o para agujas y jeringas compartidas por usuarios de drogas.

Resulta importante destacar, que en países como los Estados Unidos, donde la epidemia se ha difundido más rapidamente, las tasas de crecimiento de casos homosexuales tienden a estancarse y aun a descender, mientras que las de transmisión heterosexual y perinatal están creciendo, aunque el número absoluto de casos todavía sea inferior. Esto apunta hacia situaciones como la de algunos países del centro de Africa, en donde el mal se distribuye por igual entre la población. Parece que el sentido de comunidad y las formas de organización que desarrollaron los homosexuales durante los años que han transcurrido de la epidemia empiezan a dar frutos, aunque a un precio muy alto en vidas y sufrimiento.

De la mayor importancia resulta lo que se dió a conocer y lo que ni siquiera se mencionó, acerca de los aspectos presupuestales para la atención de este mal, particularmente cuando nos hundimos en un mar de recortes, austeridades y adelgazamientos del gasto público.

Aunque el Dr. Soberón insistió en la reunión de clausura en que no siempre es posible responder a preguntas sobre cuánto se gasta actualmente en el SIDA y cuánto se debería gastar, porque no constituye un apartado especial en los presupuestos de las instituciones de salud y mencionó la importancia de diversificar las fuentes de las que provengan los recursos para hacer frente a la epidemia; la sociedad no puede dejar de preguntarse cuánto dinero se requerirá para atender cuatro frentes básicos:

a) realización de pruebas a toda la sangre donada para detectar y eliminar la que se encuentra contaminada;

b) para realizar exámenes de seropositividad a pacientes sanos;

c) atención médica, quirúrgica, psicológica y hospitalaria a enfermos con SIDA, y

d) para información y difusión.

¿Estas necesidades puede absorberlas el presupuesto normal de la institución? ¿El crecimiento "explosivo" del SIDA resulta tam-

bién explosivo dentro del total de pacientes a atender por las instituciones de salud?

Se dio a conocer que en los Estados Unidos oscila entre 34 mil y 147 mil dólares el costo por cada paciente de SIDA. El Dr. González Block, del Centro de Investigaciones de Salud Pública estima, a precios de 1987, en 123 mil 750 pesos el costo unitario por paciente y presenta proyecciones de esta cifra a 1991, ateniéndose a los escenarios alto y bajo de difusión de la enfermedad, lo que nos lleva a la conclusión de que se requeriría para ese año entre 190 y 677 veces la cifra actual; que sería necesario duplicar el presupuesto de hospitalización y habría que dedicar a los casos de SIDA entre el 3 y el 10% de las camas del sector salud.

Si la sociedad no debe dejar de formularse estas preguntas, menos aún puede evadir la búsqueda de las respuestas y la exigencia, a quienes formulan y ejecutan presupuestos, para que asuman una responsabilidad pública sobre lo que se hace y se deja de hacer en la lucha contra el SIDA. Los diversos grupos y sectores sociales involucrados deben tener acceso a la información necesaria para elaborar una panorámica de las acciones que deberán de emprenderse cada uno de los próximos años y de los recursos que las mismas requerirán, a fin de poder demandar que éstos sean previstos en cada ejercicio presupuestal, que no sufran recortes sobre lo autorizado y que las acciones efectivamente se concreten.

Este punto puede ser el que en los próximos meses y años cause mayores conflictos si como parece, continúa la política de imponer austeridad a la población, retraer la actividad del Estado y pagar el endeudamiento externo con recortes al gasto social. Por ello, será prioritario que se publiquen las cifras de costos, recursos disponibles, accesibilidad de medicamentos, etc. De lo contrario, se mantendrá v.gr. la situación presente de carencia de reactivos para la realización de pruebas y el precio será un gran número de muertes evitables.

Por otra parte, en el Congreso también se expuso la estrategia educativa y de comunicación que las autoridades están siguiendo para combatir la difusión del síndrome. Resulta evidente que mientras no podamos contar con recursos científicos para curar a los enfermos, conservar la salud de los infectados y evitar el contagio, la educación constituye la principal herramienta para detener una epidemia que alcanza perfiles amenazadores. Siendo así, resulta lamentable y preocupante que la campaña formal de divulgación a este respecto se haya iniciado apenas en marzo de 1987, particularmente si consideramos que las primeras noticias de la enfermedad provienen de 1981, y que el atraso de la investigación científica

en nuestro país, con relación a Francia o los Estados Unidos, pioneros en este terreno específico, no impedía lanzar oportunamente la información, directa y simple, de que el uso de condones impide el contagio y por tanto la enfermedad. Haberlo hecho habría salvado la vida a muchas personas, algunas de las cuales todavía no saben que serán víctimas de esta dilación.

Las premisas que busca sembrar la campaña en su etapa introductoria son cuatro:

—el SIDA podemos contraerlo todos,

—se transmite únicamente por sexo o sangre,

—es incurable y mortal, y

—solamente es posible prevenirlo.

La claridad y la precisión de estos conceptos para combatir los mitos que giran alrededor del SIDA, se ve empañada por la insistencia de la monogamia incluída en los bocetos que se presentaron de lo que será la tercera etapa. A pesar de que el lema será "disfruta del amor, hazlo con responsabilidad", los mensajes hacen frecuentes llamados del tipo "haz el amor sólo con tu pareja", reforzados por la imagen de actores y cantantes populares.

La sociedad en general; pero en particular los grupos que se ven amenazados mayormente por el SIDA y por el prejuicio, deberán insistir en que las campañas a este respecto tomen en cuenta tres objetivos distintos igualmente importantes:

—proteger a la población de la enfermedad;

—proteger a los enfermos, a los infectados y a los miembros de los que se dio en llamar "grupos de riesgo" contra la persecusión y la discriminación, y

—proteger la libertad y la felicidad sexual de las personas, y que no es admisible sacrificar ninguno de ellos.

En este sentido, resulta muy válido que Gerardo Ortega, representante de grupos de homosexuales de Nezahualcóyotl, recordara, en uno de los foros, que la prostitución y la promiscuidad son un derecho y que solamente la promiscuidad o la prostitución desprevenidas constituyen factores de riesgo para el SIDA.

En este mismo sentido, el Congreso conoció y adoptó el cambio del concepto "grupos de riesgo" por el de "prácticas de riesgo", que tiene dos efectos prácticos: prevenir a quienes realizan dichas prácticas pensando estar fuera de peligro por no pertenecer a alguno de los grupos identificados; y retirar el estigma sobre los miembros de los "grupos de riesgo", para identificar, en cambio, las prácticas concretas que —las realice quien las realice— favorecen el contagio del VIH. Así, resulta más importante tener claro que el uso de jeringas y agujas no esterilizadas, la transfusión de

sangre y derivados sanguíneos y la práctica de relaciones sexuales sin el uso de condones, particularmente en el caso de penetraciones anales, implica el contacto con líquidos celulares ajenos (sangre y semen) que podrán contener al VIH y resultar en un contagio, en lugar de catalogar a homosexuales, prostitutas, drogadictos, negros y extranjeros como sujetos propensos al SIDA.

Las campañas de difusión y educación relacionadas con el SIDA, se enfrentan a serios obstáculos, derivados de la enorme carga de prejuicios moralistas que pesan sobre la sexualidad y en particular sobre la homosexualidad, además de otros elementos casi simbólicos, como la sangre, las drogas y la castidad. Por ello, la capacidad de los mensajes para modificar las conductas se ve limitada, tanto en la adopción de medidas preventivas como en la preservación de los derechos individuales. Esto implica que los grupos sociales más directamente relacionados con el síndrome deberán reconocer su responsabilidad de organizarse a fin de presentar una presión y una resistencia eficaces ante las autoridades y contra las histerias colectivas.

Asimismo, se debe demandar la emisión y aplicación de normatividad precisa para la protección jurídica en cuando menos tres aspectos:

a) El carácter voluntario de las pruebas de seropositividad para evitar que se apliquen sin el conocimiento del interesado, como requisitos laborales o de otro tipo.

b) Confidencialidad de la información sobre los resultados de las pruebas de seropositividad para efectos distintos de los epidemiológicos.

c) Impedir la discriminación de carácter laboral, escolar, migratorio, así como garantizar el libre acceso a los sistemas de seguridad social.

En esta labor deberá exigirse la actuación coordinada de las Secretarías de Salud, Educación, Trabajo y Previsión Social, Gobernación, las Procuradurías de Justicia, las autoridades de protección al consumidor y el Poder Legislativo.

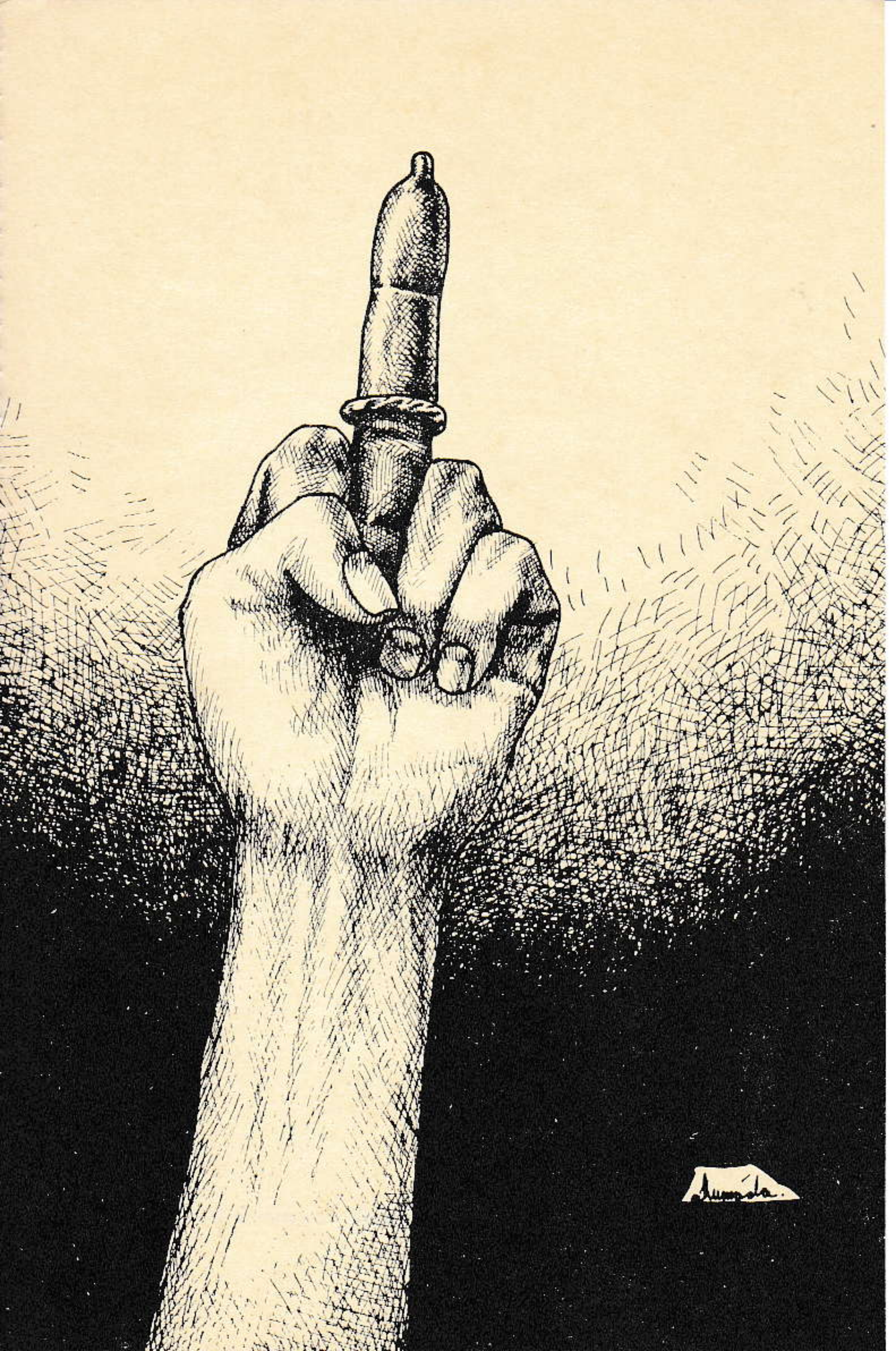
Sin duda la realización del primer Congreso Nacional sobre el SIDA resultó un acierto tanto por el número de profesionales e interesados en la materia que se dieron cita, como por haber dado lugar a la constatación de insuficiencias en el conocimiento social y no sólo médico del SIDA en México. El balance de lo que ha venido realizando el sector salud contra el SIDA, tanto en acciones como en posiciones podría resultar positivo; pero muy alejados deberemos mantenernos de las actitudes complacientes o autocomplacidas. La actuación de las autoridades tiene cuando menos un elemento des-

favorable y se trata de su carácter unilateral frente a la sociedad, vale decir que de espaldas a ella. Si como ha tenido aciertos se hubiera tratado de una política persecutoria, moralista u omisa, la desorganización y el silencio en el que se ha mantenido la sociedad no habrían permitido modificarla.

La inminencia del relevo en las autoridades federales cuestiona la continuidad de la política y los enfoques hasta ahora adoptados y pone en el orden del día la capacidad de los grupos sociales para formular su propio discurso sobre el SIDA y para darle a ese discurso eficacia social; es decir, para formular exigencias en el enfoque y la magnitud de las medidas que deben adoptarse, para presionar su aplicación y para generar iniciativas independientes, de las que la Fundación Mexicana de Lucha Contra el SIDA es apenas el inicio.

Será necesario desarrollar una práctica que resulta poco común entre nosotros, que es la movilización voluntaria de grupos importantes de personas y de un volumen adecuado de recursos. Instituciones aparentemente ajenas al problema, tales como la Secretaría de Educación Pública, el CREA, las Asociaciones de Profesionales en todos los campos, las Cámaras Industriales, y por supuesto los Medios de Difusión deberán colaborar en una serie de temas, no todos estrictamente médicos, tales como la realización de campañas educativas, la producción, abasto y abaratamiento de condones, la creación de albergues para enfermos que no requieran hospitalización y que hayan sido abandonados por sus familias o no cuenten con recursos para sostenerse, además de la atención hospitalaria, ambulante y psicológica de infectados, enfermos y sus familias.

enero de 1988



Ahumada. Caricaturista de *La Jornada*.

USO DEL CONDON
Prevención del SIDA
e incremento del disfrute sexual

*clark taylor**

Este artículo provee información básica para educadores sexuales y personas sexualmente activas, acerca de cómo usar condones y disfrutarlos. Por muchas razones, el uso del condón alcanzó una baja récord durante los años 60's y principios de los 70's. Sin embargo, a finales de los 70's, los peligros de "la píldora", la amenaza creciente de la gonorrea resistente a la penicilina y el advenimiento del herpes, han causado que el interés por el uso de condónes aumentara. Ahora bién, debido al SIDA, los condones han pasado a ser más importantes que nunca en la historia sexual.

La inspiración para este artículo surgió de la toma de conciencia de que:

1. Las investigaciones han mostrado que los condones fallan cerca de un 30% de las veces debido a que son usados inapropiadamente.

2. Mucha gente se rehusa a usar condones porque éstos son vistos como una interrupción del disfrute sexual.

Las instrucciones para el uso apropiado del condón aquí previstas han sido sintetizadas de varios artículos cintíficos, mientras que la sección de disfrute del condón proviene de discusiones con cientos de usuarios, sugerencias de revistas científicas y exploración personal.

El artículo tiene como intención, por supuesto, educar sexualmente, no dar consejo médico.

Antes de continuar, quiero hacer hincapié en un enunciado obvio que a veces es olvidado: mientras que los condones son extremadamente importantes para salvaguardar nuestra salud sexual, ellos no son una solución total a la prevención del SIDA. Obviamente, a mayor cantidad de capas de reducción de riesgo que usemos, y

*Traducido por: Lic. José Andrés Gonzáles del Valle, y Rayén E. Quiroga Martínez, M. A.

mientras más saludable sea la vida que llevamos, mayor es la probabilidad de que sobrevivamos la epidemia del SIDA.

¿SON LOS CONDONES EFECTIVOS CONTRA EL SIDA?

Cuando se usan correctamente, los condones crean una fuerte barrera de protección contra muchas enfermedades de transmisión sexual (ETS). En el comienzo de la epidemia, los científicos teorizaban que los condones iban a prevenir el SIDA porque el virus que causa esta enfermedad es casi del tamaño del virus del herpes y otros virus que son capaces de penetrar el látex; es más, el agua y el aire, cuyas moléculas son mil veces más pequeñas que las de los referidos virus son incapaces de traspasar el condón. Además, rigurosos estudios de laboratorio han demostrado que el virus del SIDA no traspasa el condón. A principios de 1987, algunos estudios empezaron a generar fuerte evidencia de que las personas con alto riesgo de contraer SIDA, que usan condones, permanecen saludables. Por tanto, los educadores sexuales están más convencidos que nunca de que el uso de condones tiene un rol estremadamente importante en la prevención del SIDA.

Los condones también ayudan a prevenir muchas infecciones oportunistas y posiblemente son factores asociados con el SIDA. Por ejemplo, los condones detienen la transmisión genital de candidiásis (moniliasis), citomegalovirus, el Virus de Epstein Barr (VEP), herpes, gonorrea y sífilis.

Para dar un ejemplo notable de la efectividad de los condones en un estudio francés con 784 hombres cuyas parejas sexuales eran mujeres con gonorrea, se encontró que menos del 1% de los 302 hombres que usaron el condón consistentemente contrajeron la enfermedad; mientras que el 97% de los 480 hombres que no los usaron, contrajeron gonorrea. Otros estudios referentes a condones y ETS han producido resultados similares. Un estudio concluyó que la tasa de infección de enfermedades que pueden ser transmitidas de muchas formas durante el acto sexual (como herpes y sífilis) ha sido tremendamente reducida gracias al uso del condón.

Ciertamente, estas noticias son alentadoras, pero el entusiasmo por el uso de los condones debe mantenerse en perspectiva. Los condones se rompen ocasionalmente; por lo tanto, su uso debe considerarse como posiblemente seguro.

COMO USAR CONDONES CORRECTAMENTE

La práctica hace la perfección

Las instrucciones para el uso del condón son simples, pero deben ser seguidas cuidadosamente. La mayor causa de que los condones fallen es su uso incorrecto. Rara vez los condones se perforan o rompen debido a defectos de fábrica.

1. Mantenga una cantidad conveniente de condones en un lugar fresco y seco para usarlos cada vez que los necesite.

2. No pruebe los condones inflándolos o estirándolos.

3. Use condones CADA VEZ que tenga relaciones sexuales, aún para tener sexo oral.

4. Abra la envoltura del condón cuidadosamente. Las manipulaciones bruscas pueden dañar el condón, especialmente si tiene las uñas largas o dentadas.

5. Con el pulgar e índice, suavemente saque el aire que pueda estar contenido en el receptáculo (punta) del lado cerrado del condón, antes de ponérselo; las burbujas de aire pueden causar rompimiento del condón. Los condones de punta sencilla (sin receptáculo) requieren dejar cerca de media pulgada (un centímetro y medio) libre en la punta para que recoja la eyaculación. Un poco de lubricante en la punta resolverá el problema del aire, además de incrementar grandemente la sensibilidad.

6. Desenrrolle el condón de manera que cubra la totalidad del pene erecto. Si el hombre no está circundado, el prepucio debe ser tirado hacia atrás antes de cubrir el glande (cabeza) con el condón. Colocar el condón en el pene erecto asegura que *quede ajustado*, pero si el pene no está erecto, asegúrese de desenrollar todo el condón hacia la base a medida que el órgano se va endureciendo. Si el condón no llega hasta el principio del pene, el hombre deberá tener cuidado de no penetrar más allá de la base del condón, ya que esto puede provocar que el mismo se salga.

7. Use mucho lubricante soluble en agua, tanto en la parte de afuera del condón como en la vagina o ano, antes de la penetración. Areas demasiado secas pueden hacer que el condón se salga o se raje. Los lubricantes de base aceitosa tales como crisco (manteca vegetal) o vaselina, hacen que los condones se deterioren rápidamente y que adquieran una consistencia gomosa.

8. Agarre la base del condón cuando sea necesario, de forma que el mismo no se resbale hacia afuera. Si el pene se va poniendo flácido (ablandando), o la pareja está muy apretada (cerrada), el condón puede tender a salirse. Algunas posiciones sexuales también

tienden a causar que se resbale. Por ejemplo, cuando la mujer está sentada sobre el hombre, los labios de su vagina pueden levantar el condón hasta sacarlo. Sostener la base del condón resuelve este problema.

9. Después de la eyaculación, sostenga el condón alrededor de su base para evitar que se salga su contenido o perder el condón dentro de la pareja. Retire el pene suavemente.

10. Arroje a la basura los condones usados. Estos no deben ser usados más de una vez. NUNCA vaya de una persona a otra sin cambiar condones.

ELIGIENDO EL CONDON CORRECTO PARA USTED

Cuando busque el condón "correcto", lo más importante es experimentar. Pruebe muchos tipos diferentes de condones mientras practica actividades de bajo riesgo como la masturbarción, o frotando entre los mulsos. Asegúrese de romper algunos, de forma que usted sepa cuánta tensión pueden soportar y qué se siente cuando uno se rompe.

¿Condones de látex o naturales?

Algunos usuarios prefieren los condones hechos de apéndice de oveja, aún y cuando el látex proporciona mejor protección. Ambos tipos son altamente impermeables, pero los condones de fibra animal tienen paredes de grosor variable, y por ende pueden perforarse más fácilmente. Estos condones son recomendados a aquellas personas alérgicas a la goma o que tienen aversión al látex. También, estos condones pueden ser mejores para aquéllos que tienen un pene *extra* grueso.

¿Seco o lubricado?

Los condones lubricados no se rompen tan fácilmente como los no-lubricados. Además, producen una sensación sexual húmeda y natural en la piel, a diferencia de los condones secos o empolvados. Esto produce un más alto nivel de sensación a quien los usa.

Los condones vienen lubricados con gels o productos a base de

silicona. Las gels cubren a los profilácticos irregularmente dentro de la envoltura, mientras que los productos de silicona lubrican todas las partes del condón por igual. La capa de silicona se vuelve menos pegajosa cuando la envoltura se abre, y la humedad que cubre todo el condón indica que éstos tienen menos probabilidad de romperse a causa de frotamiento con partes secas durante su uso.

Algunos condones vienen lubricados con nonoxynol-9, una sustancia que mata al virus del SIDA en estudios de tubo de ensayo. Estos condones se anuncian publicitariamente como condones con lubricante espermaticida. A la hora de escoger un espermaticida, es importante considerar que:

1. Pueden proveer de protección local contra el SIDA en caso de que el condón se rompa, perfore o derrame. Sin embargo, los condones lubricados con

2. Nonoxynol-9 ha sido probado solamente para coito vaginal. Así, las personas que lo usan en sexo anal pueden ponerse el condón y después limpiarlo por fuera, de forma que se tenga protección adicional dentro del condón, sin que haga contacto con el tejido anal.

3. Algunas personas encuentran el nonoxynol-9 levemente irritante. Los productos de nonoxynol-9 deben ser probados inicialmente en actividades de bajo riesgo, antes de correr el riesgo de lesionarse y crear una ruta posible para infecciones. Los problemas con la irritación pueden ser generalmente resueltos cambiando la marca del espermaticida (ver discusión sobre el nonoxynol-9)

¿Deben quedar como un guante?

Al usar condones, el tamaño exacto no lo es todo. El látex aprieta y se expande para quedar bien en distintos tamaños de pene.

Los condones que quedan ajustados constriñen ligeramente las venas superficiales del pene haciendo las erecciones más duras, y los orgasmos más intensos. Los terapeutas sexuales a menudo sugieren esta *alternativa* a los hombres que tienen problemas en mantener la erección durante *el acto sexual*. Los condones con más espacios en la punta permiten que el final del condón se mueva, creando así más sensación. La longitud del condón no es tan crítica mientras el condón llegue hasta la base del pene. Compre, compare y pruebe los condones teniendo en mente tanto la diversión como la seguridad.

Algunas personas tienen un miedo tremendo de que el condón se va a salir durante el acto sexual. Es más, debido a la tremenda va-

riedad en la forma y tamaño del pene, algunos hombres tienen un problema serio en encontrar una marca de condones que permanezca en el pene. Hay una marca excelente en el mercado, MENTOR CONTRACEPTIVES, los cuales contienen un adhesivo en la parte interior, la cual se pega a la piel. Este condón en particular, a veces llamado " piel sintética", tiene la habilidad de encogerse o expanderse a medida que el pene del hombre se endurece o ablanda durante el acto sexual, manteniéndose firmemente en su lugar.

¿Mientras más grueso, más fuerte?

Algunos condones son más gruesos que otros, pero las técnicas de producción moderna han logrado condones de grosor reducido sin sacrificar la firmeza esencial requerida por los estándares federales de EU.

La *edad* del condón y la forma en que es tratado antes y durante su uso son más importantes que el grosor y la firmeza. Los condones tienen una vida de cinco años (en su envoltorio) en condiciones optimas, pero comienzan a deteriorarse lentamente después de dos años y medio. Es recomendable comprarlos de un distribuidor que tenga una rápida circulación de stock. Los condones también se deterioran rápidamente debido al calor, luz fuerte o manipulación brusca. Nunca los deje expuestos al sol o en la guantera del coche. Tampoco los mantenga en la billetera por mucho tiempo.

¿Y qué de las distintas formas?

Los condones con receptáculo en la punta para contener la eyaculación son preferibles con respecto a los de punta redonda, pero ambos se pueden utilizar.

Los condones que tienen forma de "hongo" proveen mayor sensación en el glande del pene (cabeza), permitiendo mayor libertad de movimiento. Este tipo de condones también es más cómodo para glandes más protuberantes.

Los condones ribeteados tienen pequeñas rugosidades en la parte exterior, lo que agrega mayor sensación para la pareja del que está utilizando el condón. Algunas personas disfrutan de esto, otras lo encuentran irritante. Trate de cambiar a condones lisos si su pareja consigue estimulación suficiente.

Colores, olores y sabores

La gente ocasionalmente se opone, en principio, al sabor y al olor del látex, pero luego de unas cuantas experiencias con condones, y disfrutando plenamente del sexo, muchas personas encuentran tanto el sabor como el olor del látex un estimulante erótico.

Hay que ser cuidadoso con los condones perfumados, ya que el perfume puede producir alergias. Existe una variedad considerable en cuanto al sabor y olor del lubricante del condón, lo más recomendable es que usted utilice el que más le guste. Aunque los condones de colores están bien, algunos tienen tintas inestables y destiñen. Los tonos pastel son mejores que los de color fuerte.

¿COMO PUEDE UNA PERSONA APRENDER A DISFRUTAR EL USO DE CONDONES?

1. Primero, experimente todo lo que quiera. Si al principio se siente torpe, no se desespere. Si se rompe o no le gusta, abra otro y empiece de nuevo. Mantenga siempre varios tipos y tamaños cerca, de tal manera que usted y su compañera (o) tengan para escoger.

2. Mientras se masturba, póngale condones a los personajes favoritos de sus fantasías. Piense en varias maneras de cómo haría usted que sus compañeros (as) sexuales usaran condones, e imagínese cómo se sentiría.

3. Es imposible que los condones se sientan igual que la piel desnuda. Pero *sí es* posible explorar sensaciones con el látex. Hecho esto, los condones a menudo se vuelven extremadamente disfrutables, incrementando el placer sexual más que sirviendo como elementos de higiene sexual.

4. Hay mil maneras de hacer la colocación del condón una parte estimulante del acto sexual, en vez de una interrupción.

5. Muchas veces, los hombres cometen el error de pensar que una vez que se hayan puesto un condón, deben eyacular de inmediato. Esto constituye una forma segura de no disfrutar el condón. Use tantos condones como quiera durante el acto sexual.

6. Los condones disminuyen la fricción y hacen que algunos hombres duren más tiempo en eyacular. Esta es una característica maravillosa del látex para muchos hombres, pero un problema para otros. Si usted o su pareja no desean prolongar el acto sexual, practique otras actividades de bajo riesgo hasta que esté cerca de eyacu-

lar, y entonces póngase el condón. De hecho, haga esto cuantas veces quiera.

7. Use extra lubricante soluble en agua. El lubricante del condón ayuda, pero generalmente no es suficiente. Se puede aumentar el goce echando un poquito de lubricante en la punta del condón, antes de ponérselo. Esto ayuda a sacar el aire de la punta del condón, a la vez que aumenta la sensación cuando el lubricante se esparce alrededor del glande. Toma un poco de práctica descubrir la cantidad correcta de lubricante, pero el esfuerzo vale la pena.

8. Hasta los mejores lubricantes solubles en agua se secan mientras se están usando. Pero si son humedecidos otra vez, estos lubricantes quedan como nuevos. Así es que mantenga un poco de agua tibia a mano, como una botella de plástico, un atomizador, o una pistola de agua o pote.

Ahora ya sabe algunos elementos básicos del uso y disfrute del condón. Pero no se detenga aquí. Pregunte a sus amistades e intente algunas ideas que le resulten interesantes.

COMO DECIR QUE USTED QUIERE USAR CONDONES

Cuando es posible, comuníquele a su pareja su deseo de utilizar condones, *antes* del acto sexual. Hágalo como una extensión de su juego sexual usual, de forma que las cosas salgan bien. Sea creativo. Pensar en nuevas formas de incorporar los condones en su vida amorosa puede ser entretenido y muy sexy. Hablar sobre los condones ayuda mucho, y se vuelve más fácil con la práctica. Sea honesto sobre sus sentimientos. Si está nervioso, avergonzado o no tiene mucha experiencia, ¡dígalo! Esto da lugar a la experimentación y le permite a la otra persona ser honesta también. Si está entusiasmado con los condones, dígalo también. Le dará a su pareja la oportunidad de explorar, compartir historias de delicias con el látex, o bregar con sentimientos negativos, dudas y miedos *antes* de encontrarse en medio del acto sexual.

La comunicación no-verbal es más fácil o más entretenida para algunas personas. Usted puede tener condones cerca del lugar donde tiene relaciones sexuales y tener una copia de este artículo a mano. O también puede tomar un condón y ponérselo cuando sea el momento adecuado. Como otras formas de comunicación no-verbal, es bien fácil saber si la otra persona se excita o no. Si la persona se excita, siga adelante. Si no, usted puede arreglar la si-

tuación dejando los condones de lado y continuando con actividades sexuales de bajo riesgo.

Algunas personas encuentran que el ser muy directo es la mejor forma de acercarse al uso de los condones. Usted puede decir: "Yo uso condones, ¿y tú?". A ciertas personas les encanta esta forma de hablar mientras que otras la detestan. Haga que su estrategia se ajuste con su estilo y la ocasión de que se trate. Si su pareja se rehúsa a usar condones, no lo (a) fuerce, practique actividades de bajo riesgo o déjelo (a) ir.

POR QUE LOS CONDONES NO FUNCIONAN Y QUE HACER AL RESPECTO

La mayor causa de que los condones fallen en prevenir enfermedades es que las personas los usan sólo parte del tiempo, particularmente durante el primer año. *¡USELOS TODO EL TIEMPO!* Los investigadores han establecido que las causas más comunes de que la gente no use condones son:

a) *Creen* que la pareja no está infectada

b) No creen que los condones realmente funcionen

c) Se les olvida llevarlos

d) Están demasiado avergonzados para hablar del asunto, tienen miedo de que la pareja se ofenda; o

e) están demasiado borrachos o afectados por drogas para recordar, querer, o hasta poder ponerse el condón.

¡NO DEJE QUE ESTO LE OCURRA A USTED!
CUANDO VAYA A PENETRAR DURANTE EL ACTO SEXUAL,
ESTE PREPARADO, DESEOSO Y CAPACITADO PARA USAR CONDONES.

La segunda razón más importante por lo cual los condones no protejen contra enfermedades es porque se perforan o rompen. Algunas veces los condones son fabricados pobremente. Más a menudo, los condones se perforan o rompen porque son viejos, han sido expuestos a luz fuerte del sol, calor o frío extremo. Pero *las causas más comunes* son el tratamiento brusco y el uso de lubricantes de base aceitosa.

Recuerde *nunca usar lubricantes de base aceitosa en látex*. Estos provocan que los condones adquieran una consistencia gomosa, que se debiliten y se disuelvan rápidamente.

Durante el juego previo, si se masturba con fuerza, estire el receptáculo de la punta del condón. Asegúrese de ponerse un condón nuevo antes de la penetración; ya que aunque el condón parezca estar en buen estado, el mismo puede haberse deteriorado.

Si el condón se rompe durante el coito, retire el pene, orine y límpiece bien. Su pareja no deberá hacer uso de duchas vaginales o enemas, ya que esto puede ocasionar pequeños desgarramientos y esparcir posibles infecciones. Considere inmediatamente insertar un espermicida con un 5% o más de nonoxynol-9 (ver la sección referente al nonoxynol-9).

Los condones cubren solamente el pene y por lo tanto protegen solamente este órgano y lo que el mismo toca. Desafortunadamente, el condón no es una protección suficiente contra el SIDA, ya que los fluidos corporales infectados que penetran en cortes, heridas, pelos enterrados, granos (espinillas), encías sangrantes y otras rasgaduras en la piel pueden esparcir la enfermedad. Asegúrese de revisar la condición de su piel y la de su pareja para evitar riesgos innecesarios. Considere poner venditas adhesivas (curitas) sobre pequeñas áreas problemáticas para protegerse y como recordatorio durante el acto sexual.

Si usted tiene heridas en la mano, pruebe usar un guante de goma o látex (quirúrgico). Estos están a la venta en la mayoría de farmacias y son baratos. Además de dar protección, estos guantes son muy buenos para el juego anal y vaginal porque causan menos fricción que la mano sin guante, y no permite que las uñas rasguen las paredes intestinales y vaginales. Por supuesto, estos guantes mantienen las manos limpias, de tal manera que cuando los mismos se retiran, la persona no esparza fluidos corporales que puedan contener el virus del SIDA durante el resto del acto sexual.

NONOXYNOL-9

El nonoxynol-9 es un detergente suave usado en espermaticidas y otros productos de higiene femenina, para prevenir embarazos y enfermedades venéreas. El nonoxynol-9 destruye la capa protéica externa del espermatozoide y de varios organismos patógenos. En pruebas de laboratorio, este detergente rápida y efectivamente destruye el herpes, gonorrea, sífilis, CMV, monilia, tricomonas y amebas. Más recientemente, también se ha demostrado que destru-

ye el virus del SIDA en pruebas de laboratorio. Estas noticias son prometedoras, sin embargo la efectividad del nonoxynol-9 es superior en condiciones de laboratorio que en el contexto de una relación sexual porque:

a) Los ingredientes inertes que se encuentran en espermicidas —espumas, gels y cremas— no siempre se esparcen regularmente, y por tanto no forman una barrera química de nonoxynol—9 suficiente para destruir agentes patógenos antes de que éstos alcancen tejidos no infectados.

b) La gente generalmente utiliza los espermicidas incorrectamente, y solamente cuando "creen" que la pareja está infectada.

c) La gente abandona el uso de condones, en vez de usarlos conjuntamente con el nonoxynol-9.

Es muy tentador utilizar nonoxynol-9 como capa de protección contra el SIDA mientras se practica sexo oral o coito anal. Pero, asegúrese que el espermicida no irrite sus genitales, boca o recto, o los de su compañero (a). Cuando tenga alguna duda, consulte con su médico.

Los estudios científicos han demostrado que:

1. Los espermicidas brindan protección contra la transmisión de enfermedades venéreas comunes si son usados correctamente y siempre que una persona tiene relaciones sexuales (recuerde que la evidencia con respecto a espermicidas y SIDA no es completa). Sin embargo, la efectividad del espermicida disminuye rápidamente a un 70% o menos cuando no se utilizan siguiendo exactamente las instrucciones de la etiqueta.

2. Los espermicidas y los condones usados correctamente logran mayor protección efectiva contra las enfermedades cuando se usan conjuntamente, que al ser usados individualmente.

3. Por 35 años, el nonoxynol-9 ha tenido muy buen récord de seguridad, y ha sido utilizado por gays en espermicidas y en un par de lubricantes para coito anal durante los últimos siete años sin reportar ningún problema. Estudios en donde dosis masivas de nonoxynol-9 eran ingeridas por animales (el nonoxynol-9 era eliminado por defecación) no reportaron anormalidades en los intestinos de los mismos. Sin embargo, los espermaticidas sólo han sido probados para su uso sin riesgo en humanos en el pene o en la vagina. La FDA (Food and Drug Administration de U.S.A.) notó en 1980 que los espermicidas son ingeridos regularmente durante el sexo oral. Dada su extremadamente baja toxicidad y porque el

nonoxynol-9 se ha usado como un agente humectante en algunos alimentos, la FDA determinó que los espermicidas no presentan ningún peligro cuando son ingeridos en cantidades reducidas.

4. A estas alturas no se sabe lo suficiente ni sobra el efecto del nonoxynol-9 en los intestinos humanos (especialmente durante el acto sexual) ni sobre el virus del SIDA, como para recomendar sin reservas o aconsejar contra el uso de espermicidas durante el sexo anal. Ahora bien, el uso de espermicidas es ciertamente recomendable para el coito vaginal, como una capa de prevención contra el SIDA (siempre y cuando la persona no sea alérgica a los mismos —recuerde que este problema se soluciona cambiando de marca—).

BIBLIOGRAFIA

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Food and Drug Administration: *Vaginal Contraceptive Drug Products for Over-the-Counter Human Use*; Establishment of a Monograph; Proposed Rulemaking. Federal Register, Dec. 12, 1980; pp. 82014-82049.

FREE, M., E. Skiens, M. Morrow "Relationship Between Condom Strenght and Failure During Use". *Contraception* 22:1, pp. 31-37, July 1980.

HATCHER, R.A. "Reasons to Recommend the Condom". *Medical Aspects of Human Sexuality*, pp. 91-92, August 1978.

HENRY K., K. Crossley, MA Conat, GY Minuk, CÊ Bohme, TJ Bowen, Di Hoar, S. Cassol: "Condoms and the Prevention of AIDS". *JAMA*. 256:11. September 19, 1986. pp. 1442-8.

HICKS D., L. Martin, J. Getchell, J. Heath, D. Francis, J.S. MacDougal, J. Curran, B. Voe-ler: "Inactivation of HTLV-III-Infected Cultures of Normal Human Lymphocytes By Nonoxynol-9 Ub Vitro". *The neet*, December 2128, 1985.

HINMAN, A.R. "The Condom As Prophylactic". *Bulletin of the New York Academy* of Medicine, 52:8, pp. 1004-1011, 1976.

KARAFIN L., A.R. Kindall: "Advantages and Disadvantages of the Condom". *Medical Aspects of Human Sexuality*, November 1969. pp. 73-77.

POTTS, M. and J. McDevitt: "A Use-Efectiveness Trial of Spermicidally Lubricated Condoms". *Contraception*, 11:6, pp. 701-711;

Update on Condoms —Products, Protection, Promotion, Population Reports, v. X, no. 5, Barrier Methods. Series H, no. 6; 1982.



IMSS

TEATRO
JULIO PRIETO
(antes XOLA)

Xola y Nicolas San Juan
543 34 78

JORGE ESTEVEZ
presenta :

JOSE ALONSO

mejor actriz 87
MARTA ZAMORA

OCTAVIO GALINDO

DUNIA ZALDIVAR

ODISEO BICHIR

CARLOS ALVAREZ

JOSE L. PENAGOS

presentación teatral
ARTURO ADONAY

¡INFORMESE!

... Así es la VIDA

de W. HOFFMAN

¡DIVIERTASE y CONMUEVASE!

adaptación y dirección
NANCY CARDENAS

escenografía
CRISTINA MTZ. DE VELASCO

MARTES a JUEVES 8:30 — VIERNES Y SABADO 7 y 9:30 — DOMINGO 5:30 y 8

Foto y cartel anónimos.
Montaje de Federico Luna Millán.

EPILOGO

AL CUARTO PARA LAS DOCE, UNOS DIAS ANTES DE QUE ESTE LIBRO SE IMPRIMIERA DECIDIMOS INCLUIR ALGUNOS PUNTOS DE VISTA EN TORNO A LOS TIEMPOS QUE AHORA SE VIVEN EN LA SOCIEDAD MEXICANA. ESTAS NOTAS RESULTAN OBLIGATORIAS POR LOS INTERVALOS DE LA PARTICIPACION ELECTORAL Y EL TEMA SIDA; POR EL DESTELLAR DE BUSQUEDAS DE SOLUCIONES DESDE LA DENOMINADA SOCIEDAD CIVIL Y POR EL VERTIGINOSO SUCEDER DE SITUACIONES EN TORNO AL SIDA, QUE EN MUCHO REBASA A LA OBSERVACION Y A LA CRITICA.

I. Hasta fines de agosto de 1988 se presupone la existencia aproximada de 2 000 casos de enfermos de SIDA. De ellos entre 35 y 40% fallecieron, un tercio se registra en el DF y el resto en provincia. Las entidades con mayor riesgo expresado en tasas son Jalisco, Baja California, Morelos, Coahuila y Yucatán. El año pasado había 24 enfermos por una mujer, hoy la proporción es de 10.5 a una. Aunque la población urbana y de nivel medio-alto es la más afectada, en la actualidad las tendencias del desarrollo socioeconómico y cultural del país y un bienestar social deprimido profundamente, sugieren que esa tendencia cambiará. Que probablemente en 1991, si se alcanzan los 65 000 casos previstos, constataremos más del actual 2.3% de campesinos enfermos y muchísimos más obreros, empleados de los servicios y de la baja burocracia, subempleados, desempleados, etc. El hecho es que datos de la realidad nacional en crisis, parecen indicar que entre nosotros la sobrevivencia de los

afectados por SIDA será más de tres veces menor que la reportada en otros países, que en promedio supera a los 20 meses. Tal vez para 1991 también hayan cambiado los causales de la infección, si se le considera a partir de las prácticas sexuales y que estemos viendo por cada 100 enfermos alrededor de 38% de homosexuales, casi 31% de bisexuales y más o menos 13% de heterosexuales. Por último, si las tendencias de duplicación de la enfermedad continuan siendo sietemesinas, si no ocurre una modificación de los patrones sexuales conductuales de la población en general, para mediados de 1991 los probables 100 000 portadores con que hoy contamos, se convertirán en la suma nada atractiva de casi tres millones.

II. ¿Frente a ésto que ha ocurrido? ¿Qué sucederá con la política y con los políticos? Es difícil responder cuando no se está en el corazón de las "tomas de decisiones"; posible es, empero, rastrear indicios, lanzar hipótesis y jugar en el limbo de la esperanza y en las mismas garras de la muerte, a que ahora sí las cosas cambiaran...

Al parecer el problema SIDA no ha significado siquiera una carta fuerte de los partidos en la contienda para lograr un mayor porcentaje de votos dentro del mercado electoral —como lo fue en 1982 el *slogan* de la "liberación homosexual" adoptado momentaneamente por el PRT, con lo cual se allegó a un gran sector de la población juvenil que hasta ese momento venía desarrollando luchas independientes de los partidos— y mucho menos se puede hallar el asunto SIDA en los apartados sobre salud de las diferentes plataformas partidarias, como una cuestión dable de alternativas prácticas e institucionales, acordes con su dimensión de problema de interés nacional y mundial.

III. Pero si se da por supuesta la simbiosis gobierno-PRI, podría afirmarse que este partido al fin y al cabo no ha estado al margen del asunto. Continuidad del primero, afirmó el grueso de las políticas gubernamentales, limitándose a convocar un foro del CEPES del DF. Los contenidos de la política a seguir después de las elecciones fueron expuestos por funcionarios del sector salud, los mismos que apostaron —quizá por razones de Estado— a una priorización de la estrategia de combate al SIDA centrada en el rubro de las transfusiones sanguíneas, a costa de la ilustración tardía sobre las causas relacionadas con el ejercicio de una sexualidad no informada.

En este estilo, igual que con el "día de las madres", se decretó un "día nacional de la información sobre SIDA", por cierto el 27 de julio. De buena fuente sabemos que horas antes no todo estaba tan programado, como lo quisieron hacer aparecer, en tan "espontánea celebración". Unos cuantos anuncios y otros tantos programas

y entrevistas. Así sea. La figura de Hugo Sánchez, con más frecuencia en los canales de IMEVISION que en los de TELEVISA, surgió invitando a cuidar la vida, a protegerse ¿con qué? Quien sabe. No lo dice. Después la realidad continuó igual que los otros 364 días: anuncios sobre el SIDA a altas horas de la noche. Con todo, en la actualidad hay un poco más de atención al problema SIDA en la radio, pero la insuficiencia y desarticulación general, así como la falta de continuidad, son las notas características del ejecutivo federal en materia del SIDA, y desde luego, de su filial "partidaria", del PRI.

No se está afirmando que no se hace o que "no ha habido nada". Se habla de limitaciones y errores. No puede negarse, empero, la instalación de 68 laboratorios para detección de infección por VIH y de un laboratorio de referencia nacional encargado de la realización de pruebas de confirmación y de la supervisión; la "consolidación" del Centro Nacional de Información (CNI), que brinda servicios médicos, psicológicos y sociales, sin duda es importante, aunque raquítica por sus debilidades presupuestales, de personal y de posibilidades reales de ofrecer servicios a todos los que lo requieran. De su fragilidad cuenta el siguiente dato: funciona con menos de veinticinco miembros y apenas con ocho líneas telefónicas, para una población estimada en 22 millones de habitantes para el DF; no siempre dispone del material gráfico y escrito para cumplir con su cometido de informar e incluso carece hasta de un vehículo y una fotocopiadora, instrumentos tan necesarios en estas tareas. El personal profesional y hasta el de intendencia, así como el espacio del inmueble, son totalmente insuficientes. En todo caso, lo más destacado de las políticas públicas en materia de SIDA, continúa siendo el crecimiento no siempre mesurado de la infraestructura administrativa, de la de diagnóstico y de la relacionada con la evaluación de programas de control (todo ésto al margen del CNI); así como la lenta y apocalíptica marcha de las tareas preventivas, cuestión que debería ocupar el grueso de sus esfuerzos.

Según informa el diario oficial, en agosto el CONASIDA se convirtió en un organismo descentralizado con personalidad jurídica propia. Ojala y que ésto se transforme en una instancia de apoyo y discusión pública de los caminos de la prevención. A ver si ahora sí se cristalizan los trabajos en torno a los textos para orientadores de la educación media y superior, que desde hace tiempo se han quedado como promesas en la SEP. Tal vez con ésto se llegue a acuerdos más sólidos, transparentes y efectivos con los funcionarios que dependen de la Secretaría de Gobernación, para ampliar las campañas preventivas, sobre todo a través de la TV y los recursos de la educación formal-informal.

IV. Después del seis de julio, para los partidos políticos de oposición el asunto SIDA no ha vuelto ha aparecer. Quizá por su peculiar concepción de la política centrada en el Estado o tal vez por su pragmatismo político. Antes del día de la elección el único partido de oposición que se ocupó positivamente del SIDA, fue el Partido Mexicano Socialista. En Monterrey, Heberto Castillo, denunció una cruzada de la derecha que usa al SIDA como pretexto para hacer política y promover el linchamiento social de muchos mexicanos. Entonces, Castillo a nombre del PMS, también insistió en el grave deterioro de la salud a causa de la disminución del gasto público en un alto porcentaje y en la despreocupación gubernamental por atacar males previsibles. En esos días él declaró a la revista *DIVA* la necesidad de luchar por políticas de educación sexual y por los derechos de hombres y mujeres a optar por las prácticas sexuales que dicten sus preferencias, sin restricciones de ningún tipo. En nuestro contexto cultural y político, ambas tomas de postura son notablemente avanzadas. Sin embargo, el PMS aparentemente dió marcha atrás cuando firmó el pacto de unidad con la Corriente Democrática, vertiente que nunca ha dicho *está boca es mía,* en lo referente a las cuestiones sexuales, al aborto y al SIDA ¿por razones de partido? No lo sabemos. Nunca lo han explicado.

PPS y PARM, definitivamente se mantuvieron al margen y el PFCRN se limitó a tratar de promover una fallida unificación del otrora pujante movimiento de liberación homosexual, en pos de la candidatura de Cárdenas, pero sin haber ido más allá de una mera declaración publicitaria. Que todo esto ocurra así es sintomático de nuestra pobreza política. De ello un botón de muestra más son Gumersindo Magaña y el PDM, en su absurda campaña en contra del uso del condón y la ausencia casi total del PAN en el tema, salvo en una ocasión cuando se pronunció energicamente en contra, anteponiendo la necesidad de ''recuperar los valores morales que nos son propios'', en voz de su derrotado candidato a senador, Jesús González Schmall. Grupos y asociaciones políticas ligadas al PAN como el DHIAC, PROVIDA, la UNPF y la ANCIFEM, con el afán de echarle tierra al asunto SIDA, paradojicamente fueron las organizaciones que acapararon la atención del gran público, desde una perspectiva negativa.

V. Paralelamente a todo lo anterior, en las fases pre y pos electoral se han dado diversas experiencias a nivel de la ''sociedad'', que deben tomarse en cuenta. Hay preocupación e independientemente de las insuficiencias y errores, de las virtudes y defectos, el México participativo de muchos signos, y la esperanza en las transformaciones multiformes, despunta en ellas.

Al parecer miembros del grupo "Amigos voluntarios educadores" representan una opción para construir "casas hogares" para enfermos terminales de SIDA. De otra, da cuenta Margarita Michelena, en *Excélsior,* al asegurar que existe interés en que se promueva que los "Misioneros de la Caridad", ligados a la Madre Teresa, construyan "sidatarios" (sic). Otros esfuerzos son los de los grupos tapatíos GOHL y Azomalli, el de CALAMO del DF y el de Guerrilla Gay, que se centran en la difusión, educación y apoyo a seropositivos y enfermos. La Fundación Mexicana Contra el SIDA, IAP, parece por fin haber comenzado a operar con eficacia, aunque aún con modestia. Y la formación del grupo UNIVERSITARIOS, que reune a independientes y a miembros de los Grupos Condón y Colectivo Sol, para dar apoyo a los enfermos directamente en las salas de internamiento de algunos hospitales públicos, es un aliento. Como también los trabajos solidarios y de prevención que encabezan el grupo GAHR y su dirigente Gerardo Ortega. Nota aparte merece la revista PELIGRO, por haber dedicado un número a la campaña de previsión e información sobre SIDA, más o menos objetivo, sobre todo si se considera el tradicional impacto de la nota roja en los sectores populares y la trascendencia negativa de esos medios en la formacion de mitos y estereotipos en torno al SIDA en México. La publicación del libro de Rius, sobre el SIDA, merecería un comentario aparte, con todo y su importancia a nivel de difusión de información, empero resulta difícil aceptar su propuesta sexoabstencionista.

La *semana cultural Gay,* dedicada en junio a la "lucha por la vida contra el SIDA" y una protesta pública de más de 500 ciudadanos en contra del IMSS por el mal trato a enfermos y por el pésimo seguimiento de seropositivos, es un ejemplo de civilismo.

Televisa se llevó las palmas con la sorpresiva presentación de un programa completo de MALA NOCHE NO, conducido por Veronica Castro, y dedicado al SIDA, a pesar de las limitaciones que representa el no haber informado al público con la debida anticipación, de manera que se hubiera asegurado y ampliado la audiencia. Con todo, es probable que esta haya sido una de las acciones más efectivas en la lucha contra el SIDA en México, por ahora. Harían falta muchos y mejores programas de ese corte, y al margen de esto, conviene enfatizar que se pudo haber insistido en la ignominiosa oposición del clero a la promoción del uso del condón; haber evi tado los autoelogios encubridores de culpas, como la afirmación de que "somos el país que tiene el primer lugar en prevención", descontextualizadamente o cuando fuera de toda proporción se aseguró que gracias al gobierno mexicano los enfermos de SIDA y los

seropositivos podían estar confiados de que "no están solos" o el elogio desinformado y gratuito a la "excelente campaña y difusión preventiva contra el SIDA, del sector público". Fuera de estos detalles, el balance es más que bueno. BUENA NOCHE...

Por lo que toca a otros medios de la prevención y de la concientización en torno al SIDA y sus implicaciones, la puesta en escena de la obra "SIDA, ASI ES LA VIDA", es uno de los ejemplos más notables de las maneras en que las llamadas "sociedad civil" y "sociedad política" pueden complementarse en la lucha contra el SIDA y en función de la colectividad. Este esfuerzo ha contribuído considerablemente a sensibilizar a uno de los sectores claves de toda sociedad: al del mundo artístico, comercial e intelectual. Más allá de cualquier consideración de carácter estético, está cumpliendo una labor de difusión preventiva y de concientización muy aguda. Por sus rasgos bien puede pensarse que en fechas próximas debe ser uno de los referentes de un posible debate nacional sobre el SIDA en México. Elogios aparte, merece crítica la decisión de su directora y del productor, en el sentido de "donar" al CONASIDA el producto de las funciones de los martes. Tal acción recuerda los ratos de ocio en cualquier cantina de la ciudad y la solicitud de servicios de "toques electricos": pagamos por que nos hagan sentir el dolor. Además de los impuestos directos e indirectos, ahora se le regala dinero al gobierno. En fin, de todos modos esto no le resta méritos al papel de la obra.

Por las facilidades que ofrecieron las autoridades del IMSS, para que esta obra se presentara, un reconocimiento relativo y una demanda para que procuren ofrecer mejores servicios en la institución que dirigen no tan eficazmente, como también ocurre en el ISSSTE y en los hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud: una demanda para que eliminen el maltrato a seropositivos y enfermos documentados en varios medios; las insuficiencias presupuestales que se remiten a una preminencia de los gastos administrativos y de otros rubros, por encima de los relacionados con lo que debería ser su fin básico, el tratamiento de los derechohabientes. No siempre se cuenta con los medicamentos que se requieren, ni con los reactivos y aparatos de laboratorio; las áreas físicas para consulta externa e internamiento son deficientes e insuficientes. Los apoyos psicoterapéuticos a pacientes continúan siendo secundarios y en muchos casos simplemente no se dan. Hace falta personal y una debida capacitación y en su caso suplencia del mismo. Los alimentos son por demás de baja calidad nutricional, insatisfactorios y a veces incomibles. Hay problemas en la atención a las demandas justas del personal, relacionadas con las condiciones en la prestación de los servicios, etcétera.

VI. Ante un problema tan concreto como el SIDA, que hasta el cansancio se ha dicho que no es de un pequeño grupo, ni siquiera de un sector localizado de la sociedad, sino de todos, se antoja pensar en la posibilidad de que los partidos políticos tengan un papel protagónico más comprometido. Ya a favor, ya en contra. Que superen el mimetismo que del gobierno hace el PRI. La democracia es así: promueve la diferencia y la crítica. Incluye riesgos.

Sin estos no tendría sentido. Opciones radicalmente comprometidas con la democracia deberían contemplar que en la medida que una enfermedad como el SIDA tiene que ver con la sexualidad, con la vida y con la muerte, irrumpe en la normatividad cotidiana de cada uno y de todos; pero además en cuanto que para el "sistema de salud" se traduce en "la enfermedad de punta", proyectivamente, conjuga un alud de interrogantes que atañen al sustrato ético y moral de los principios de la acción política de todo partido y a sus referentes en materia económica.

De esta manera, el debate en torno al SIDA no puede quedarse en los linderos de la denominada sociedad civil ni tampoco establecerse puramente según los patrones de la acción gubernamental, como ha sido hasta ahora. Establecer nexos entre el problema nacional SIDA y los grandes problemas nacionales no es algo del "otro mundo" y sí una obligación ciudadana: con los vacios en la educación sexual; con las ausencias y contradicciones legales en perjuicio de los ciudadanos; con el "ser nocivo" de los medios de la comunicación colectiva; con la desnutrición generalizada; con la contaminación ambiental y la decadencia psico-social; con la higiene e insalubridad de muchas zonas del país; con las patologías del gasto público, etcétera. Estos son sólo algunos puntos concomitantes al SIDA en México, son algunos de los elementos que los partidos políticos de oposición deberían incorporar en sus plataformas, si es que realmente entienden que el SIDA es un problema de todos y no de unos cuantos.

septiembre de 1988.

INDICE DE AUTORES

MIGUEL ANGEL AGUILAR: Licenciado en psicología y maestro en urbanismo por la UNAM. Profesor e investigador de la UAM-Iztapalapa. Ha publicado en diversas revistas especializadas. Su tema de investigación es "La memoria colectiva de la ciudad de México".

RUBEN ALVAREZ: Periodista de *La Jornada*, egresado de la facultad de economía de la UNAM.

SANDRA ARGOT: Estudiante de psicología social de la UAM-Iztapalapa.

ROCIO ARIAS: Estudiante de psicología social de la UAM-Iztapalapa.

CARLOS BRAVO: Hizo estudios de ciencia política y administración pública en la UNAM. Ha sido asesor del sector público. Es periodista. Fue uno de los fundadores del grupo LAMBDA. Ha colaborado en diversas publicaciones.

LOURDES CARDENAS: Periodista de *El Universal*, egresada de psicología de la UAM-Xochimilco.

JOSE MA. COVARRUBIAS: Hizo estudios de psicología en la UNAM. Ha colaborado en diversas publicaciones y es miembro fundador del Circulo Cultural Gay, que ha organizado las ya tradicionales semanas culturales gay, de cada año. Militante desde sus origenes del movimiento de liberación homosexual en México, actualmente participa como coordinador de las discusiones sobre SIDA, que tienen lugar entre semana y después de cada función de la obra dirigida por Nancy Cárdenas "SIDA. Asi es la vida."

FRANCISCO GALVAN DIAZ: Licenciado en sociología, Universidad Leipzig. Estudios de ciencia política en la UNAM y de posgrado en sociología en la Universidad de Viena, Austria. Colabora en diversas publicaciones. Con Luis Cervantes publicó "política y des-ilusión" (1984), es coautor del texto coordinado por Catherine Nelson "Max Weber elementos de sociología" (1986) y coordinador de la antología "Touraine y Habermas, ensayos de teoría social" (1987) Profesor e investigador de la UAM-Azcapotzalco y del SUA de la FCPyS, UNAM.

FRANCISCO A. GOMEZ JARA: Doctor en sociología, profesor e investigador de la UNAM— Coordinador de la editorial Nueva Sociología. Autor de infinidad de ensayos publicados en revistas nacionales y extranjeras y entre otros de los siguientes libros: "Diseño de investigación social" (FONTAMARA); "Técnicas del desarrollo comunitario" (FONTAMARA); "Sociología" (PORRUA); "Salud Comunitaria" (PORRUA) y "praxis cinematográfica" (NUEVA SOCIOLOGIA).

GERARDO GONZALEZ: Licenciado en derecho, profesor e investigador de la UAM-Azcapotzalco, colaborador de diversas revistas especializadas. Fundador de la asociación civil COVAC.

MIGUEL ANGEL GONZALEZ-BLOCK: Doctor en sociología, egresado de la Universidad de Cambridge y El Colegio de México. Autor de diversos ensayos publicados en revistas especializadas. Ha dictado cursos en la Universidad de Berkeley y ha participado en diversos congresos y conferencias internacionales sobre el SIDA. Actualmente es director de investigaciones en políticas de salud, del Centro de Investigaciones en Salud Pública del INSP.

ROBERTO GONZALEZ-VILLAREAL: Maestro en economía, egresado del Tecnológico de Monterrey y de la UNAM. Actualmente es doctorante en economía de la UNAM, autor de diversos ensayos publicados en revistas especializadas. Profesor e investigador de la Universidad Pedagógica Nacional.

ROSARIO GUTIERREZ: Estudiante de psicología social de la UAM-Iztapalapa.

BERNARDO HERNANDEZ: Estudiante de psicología social de la UAM-Iztapalapa.

JUAN JACOBO HERNANDEZ: Profesor e investigador de la UAM-Iztapalapa. Dramaturgo, actor y director. Autor de las obras "El lado oscuro de la luna" y "El eden", entre otras. Fundador de FAHR y del FLH, así como del Colectivo Sol. Exeditor de la revista *Macho Tips.* Colabora eventualmente en publicaciones periódicas.

IRMA JUAREZ: Licenciada en antropología por la ENAH. Jefa del área de sociología rural del departamento de sociología de la UAM-Azcapotzalco. Ha colaborado en diversas publicaciones. Entre otros ha puesto a luz el libro "Caña Brava" (1987).

XABIER LIZARRAGA: Maestro en ciencias antropológicas de la UNAM. Profesor e investigador de la ENAH, autor de innumerables ensayos sobre sexualidad, sexología, poesía, teatro, género del que destaca la obra "Y luego por qué las matan". Fundador del grupo "Guerrilla Gay" y de la Asociación Mexicana de Antropología Biológica, de la que es su actual tesorero. Miembro del Colegio Mexicano de Antropólogos. También es pintor y ha expuesto en Austria, España y en algunos sitios de la cd. de México.

RAFAEL MANRIQUE: Fotografo y activista político. Miembro fundador del Colectivo Sol. Colabora en diversas publicaciones, actualmente prepara su primera exposición pública.

MAX MEJIA: Hizo estudios en antropología social, ENAH. Destacó como dirigente del movimiento homosexual, fundador del grupo LAMBDA. Exmiembro del comité central del PRT. Colaborador de diversas publicaciones periodísticas y corrector de estilo. Traductor de inglés. Próximamente editará con Sara Lovera, en la editorial posada, un libro sobre las costureras y el sismo de 1985.

RODOLFO MILLAN DENA: Abogado, egresado de la Escuela Libre de Derecho. Asesor jurídico de algunas organizaciones sociales como CALAMO, AC y de empresas privadas. Actualmente colabora con un grupo de investigación que elabora un estudio en torno a ciertos aspectos del SIDA y el derecho en México.

CARLOS MONSIVAIS: Cronista, investigador social, historiador, ensayista y escritor. Conciencia crítica de México. Autor de innumerables ensayos publicados en periódicos y revistas nacionales y del extranjero. Entre otros ha publicado los siguientes libros: "Amor perdido", "A ustedes les consta", "Entrada libre. Crónica de la sociedad que se organiza", etcétera.

RICARDO NAVARRO BALLESTEROS: Hace estudios de literatura mexicana en la UNAM. Corrector de estilo y colaborador de diversas publicaciones. Miembro fundador de la asociación civil COVAC.

GERARDO ORTEGA: Hizo estudios en economía en la UNAM. Militante político y del movimiento de liberación homosexual. Fundador del grupo GAHR y actual colaborador del CNI del CONASIDA.

ESPERANZA PALMA: Licenciada en sociología por la UAM-Azcapotzalco, en donde es profesor asistente. Investiga sobre partidos políticos en México y cultura política. Ha publicado en diversas revistas especializadas.

LILIA PEREZ-FRANCO: Licenciada en sociología por la UAM-Azcapotzalco y doctorante del Colegio de México. Es coordinadora de la comisión de docencia en teoría sociológica y ha sido jefe del área de teoría sociológica del departamento de sociología de la UAM-A. Ha publicado en revistas especializadas.

MARIO RIVAS: Músico y compositor, cofundador del grupo "Víctor Jara" y de MCC. Miembro del Colectivo Sol. En la actualidad trabaja como solista, hace música para teatro y prepara un disco. Ha dado recitales en europa, centro y sudamérica. Realizó el disco "sobrevivientes" con Enrique Quezada, uno de los primeros producidos por grupos mexicanos en la serie de "rock en español". También con el grupo Víctor Jara y Eugenia León, hizó el acetato "Vamos patria".

LUZ ADRIANA ROBLEDO VALENCIA: Periodista, hizo estudios de ciencia política en la FCPyS, UNAM.

ROSAMARIA. ROFFIEL: Periodista, guionista de cine y poeta. Autora entre otras publicaciones de "Corramos libres ahora", "¡ay Nicaragua, Nicaragüita!", editado por ediciones de Cultura Popular en 1986. Miembra del Consejo Editorial de *FEM*.

ZOILA ROMERO: Estudiante de psicología social de la UAM-Iztapalapa.

ESTELA SERRET: Licenciada en sociología. Profesor asistente del Departamento de sociología de la UAM-Azcapotzalco. Investiga sobre feminismo y sociedad en México, así como sobre cultura política.

CLARK TAYLOR: Doctor en Antropología Social. Realiza estudios sobre costumbres y comportamiento sexual en México, es investigador del Instituto de Estudios avanzados en Sexualidad Humana, de San Francisco, California, E.U.

El Sida en México: Los Efectos Sociales, coordinador: Francisco Galván Díaz, se terminó de imprimir en la ciudad de México el día 10 de octubre de 1988, en los talleres de Tipografía, Diseño e Impresión, S.A. de C.V.; Durango, 338; colonia Roma; 06700 México, D.F. La presente edición consta de 3 mil ejemplares, más sobrantes para reposición.

Hoy, los datos que emergen de la dramaturgia cotidiana del SIDA en México, obligan a participar con el ensayo en la creación de un espacio público más atento a las necesidades y derechos de las mayorías y minorías. Se requiere poner entre signos de interrogación al *escenario* construído, a eso que en parte se resume en los altibajos informativos y desinformativos de los medios escritos y electrónicos; pero también, en la insuficiente *ilustración* pública en torno al SIDA, en la ignominia gubernamental de una deficiente e inadecuada atención en casi todos los hospitales públicos y en una profunda incomprensión de sectores tradicionalistas para con los afectados. Es ésta la llave que abre la puerta a un proyecto colectivo que hoy ve luz a través de estas páginas.

Se busca influir mediante la crítica en los espacios del poder: *para que realmente se den los pasos y se tomen las medidas globales preventivas del SIDA; para despertar la solidaridad social —estatal y privada— con los enfermos y sus familiares; para desestructurar un conjunto de estereotipos y mitos que se fueron creando conforme la enfermedad transitaba de mal de unos cuantos a epidemia, y de ahí a pandemia.*



EDICIONES DE CULTURA POPULAR

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

Unidad Azcapotzalco